4°
23

A Monsieur le Prof. H. C.
hommage de l'auteur

DU

RHUMATISME CHRONIQUE

NOUEUX

DES ENFANTS

ET DE SON TRAITEMENT

PAR LE DOCTEUR MONCORVO

Membre de l'Académie impériale de Médecine de Rio-de-Janeiro.

TRADUIT DU PORTUGAIS ET ANNOTÉ

Par le Docteur E. MAURIAC

Membre correspondant de la même Académie,

RÉDACTEUR DU JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR,

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1880

EG2B 1970

DU

RHUMATISME CHRONIQUE

NOUEUX

DES ENFANTS

ET DE SON TRAITEMENT

PAR LE DOCTEUR MONCORVO

Membre de l'Académie impériale de Médecine de Rio-de-Janeiro.

TRADUIT DU PORTUGAIS ET ANNOTÉ

Par le Docteur E. MAURIAC

Membre correspondant de la même Académie,

RÉDACTEUR DU JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1880

DU

RHUMATISME CHRONIQUE

NOUEUX

DES ENFANTS

ET DE SON TRAITEMENT

PRÉFACE DU TRADUCTEUR

Ayant été désigné par la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, pour faire un rapport sur les travaux de M. le docteur Moncorvo, membre de l'Académie de médecine de Rio-de-Janeiro, à l'occasion de sa candidature au titre de membre correspondant étranger de ladite Société, nous avons lu avec le plus vif intérêt son Mémoire sur le *Rhumatisme chronique noueux de l'enfance*. La nouveauté du sujet, aussi bien que la manière dont il a été traité par notre savant confrère brésilien, nous ont engagé à traduire ce Mémoire en notre langue. Nous y avons été d'ailleurs encouragé par plusieurs de nos collègues de la Société de médecine.

Cette monographie est la première, à notre connaissance du moins, qui ait été écrite sur le rhuma-

tisme chronique noueux des enfants. A ce titre, et indépendamment des autres qualités qui la distinguent, elle méritait d'être connue des médecins français. C'est là ce qui nous a surtout déterminé à nous charger une fois de plus du rôle assez ingrat de traducteur. En facilitant à nos confrères la lecture du travail clinique si consciencieux et si riche d'érudition du docteur Moncorvo, nous croyons avoir fait une œuvre utile et dont quelques uns peut-être nous sauront gré.

L'observation d'un cas de rhumatisme chronique noueux chez une petite fille de *deux ans et demi* (cas à peu près unique dans la science) radicalement guéri par l'emploi prolongé des courants continus et induits, a fourni à l'auteur l'occasion d'écrire ce mémoire. Après avoir décrit avec le plus grand soin ce cas vraiment remarquable, M. Moncorvo fait l'historique complet du rhumatisme chronique noueux au point de vue particulier de l'enfance. Il étudie ensuite successivement et dans autant de chapitres distincts, les conditions étiologiques multiples qui concourent au développement de cette affection, sa géographie médicale, sa symptomatologie, son anatomie pathologique, son diagnostic, son pronostic et son traitement. Le traitement surtout a été, de la part de l'auteur, l'objet d'un examen critique approfondi. Il y passe en revue les nombreuses médications qui ont été préconisées contre cette affection rebelle et recommande d'une manière toute spéciale, comme traitement curatif, l'électricité dynamique qui, appliquée avec méthode et persévérance, réussit merveilleusement dans des cas où tous les autres moyens ont échoué.

Pour compléter le tableau des médications dirigées contre le rhumatisme chronique nous avons cru devoir mentionner l'emploi des bains de vapeur térébenthinés, aujourd'hui très répandu en France, et dont l'auteur s'est abstenu de parler, sans doute parce que cette médication n'a pas encore été essayée au Brésil. Nous avons fourni sur ces bains térébenthinés toutes les indications utiles.

Nous avons également signalé, sous forme de notes, la possibilité de l'emploi de l'électricité statique dans le traitement du rhumatisme noueux, en nous appuyant sur les récents travaux d'un des plus savants professeurs de l'Université de Londres, M. J. Russel Reynolds.

Enfin, bien que *l'Index bibliographique* que l'auteur a eu soin de placer à la fin de son Mémoire, fut déjà des plus complets, nous avons pu, grâce au temps qui s'est écoulé depuis sa publication (1878), y ajouter encore quelques indications relatives à des travaux récents. Mais aucun de ces travaux, nous devons le dire, ne concerne spécialement le rhumatisme chronique noueux des enfants.

M. Moncorvo constate avec regret que la géographie médicale du rhumatisme en général et du rhumatisme articulaire chronique en particulier, est à peine ébauchée. On pourrait en dire autant de la plupart des autres maladies. C'est une étude qui a été jusqu'ici par trop négligée. Afin de faciliter la tâche de ceux qui voudraient entreprendre des recherches dans ce sens, nous avons voulu donner, à notre tour, quelques renseignements sur la fréquence du rhumatisme dans les hôpitaux de Bordeaux. (voir p. 13). Nous les publions sous toutes réserves et sans nous

porter aucunement garant de la parfaite exactitude de ces statistiques.

Le lecteur nous pardonnera les négligences de style que renferme ce travail. Comme dans nos précédentes traductions, nous avons cherché avant tout à traduire fidèlement la pensée de l'auteur.

Dr. E. Mauriac

Bordeaux, le 20 Juin 1880.

INTRODUCTION

Les notions plus précises que nous possédons aujourd'hui sur le rhumatisme articulaire chronique sont de date tellement récente et sont encore si loin d'être complètes, que l'on ne doit pas négliger de faire connaître les faits qui peuvent offrir, à cet égard, quelque intérêt. C'est pourquoi je viens apporter à l'étude de cette maladie ma modeste contribution, après avoir cherché à élucider plus ou moins complétement quelques points obscurs de son histoire.

Cette partie de l'étude du rhumatisme articulaire est aujourd'hui encore, comme le dit fort bien le docteur E. Besnier « une des moins familières à la généralité des médecins, non pas seulement parce que ses éléments sont en grande partie contemporains, mais aussi parce qu'il n'en a pas encore été donné une description d'ensemble assez méthodique et suffisamment développée, qui mette à un jour égal et au point précis les diverses parties de la question qu'il s'agit de traiter. » Nous devons à cet auteur une des meil-

leures descriptions générales du rhumatisme articulaire chronique qui aient été faites jusqu'à ce jour. (Voir *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,* tome IV, 3me série, Paris 1877, p. 656 et suiv., article : *Rhumatisme*).

Quoi qu'il en soit, et malgré l'étendue des connaissances que nous possédons déjà sur ce sujet, grâce surtout aux récents travaux de Garrod, de Charcot, de Cornil et Ranvier, un vaste champ de recherches reste encore ouvert aux travailleurs.

Le cas qui nous a fourni l'occasion d'écrire ce Mémoire nous a paru des plus remaquables, non seulement au point de vue de ses conditions étiologiques et de la marche des arthropathies, mais encore au point de vue du traitement qui a été employé (courants électriques) et auquel nous croyons devoir attribuer la guérison. Aussi n'avons-nous pas hésité à le publier, ne fût-ce qu'à titre de document susceptible d'être utilisé par ceux qui entreprendront de nouvelles études sur la même question.

Cette monographie étant la première qui ait été écrite sur le *rhumatisme chronique de l'enfance* contiendra nécessairement de nombreuses lacunes que l'avenir, sans aucun doute, se chargera bientôt de combler.

DU RHUMATISME CHRONIQUE NOUEUX

DES ENFANTS

ET DE SON TRAITEMENT

CHAPITRE Ier

I

OBSERVATION PERSONNELLE

Rhumatisme chronique noueux chez une petite fille de deux ans et demi, guéri par l'emploi de l'électricité.

La petite A..., âgée de deux ans, fille du docteur B. M. a été, dès sa naissance, extrêmement débile. Ses parents et ses grands parents, tant paternels que maternels, n'ont jamais été atteints d'aucune maladie diathésique, transmissible par hérédité. Sa mère, douée d'un tempérament lymphatique exagéré, est légèrement hystérique et présente les symptômes de l'anémie. Son père est robuste et a toujours joui d'une excellente santé. D'une constitution très faible, la petite A... ne put améliorer son état à cause de l'allaitement irrégulier auquel elle fut soumise; elle a été nourrie successivement par différentes nourrices, dont quelques-unes étaient scrofuleuses et rhu-

matisantes. A peine âgée de quelques mois, elle fut atteinte d'une assez forte coqueluche qui dura très longtemps et qui compromit considérablement sa nutrition. Sa faiblesse s'accentua encore davantage. Elle n'avait pas la vivacité naturelle des enfants de son âge ; elle était tranquille, indolente, et présentait des engorgements ganglionnaires et des éruptions impétigineuses. Elle était pâle et n'avait pas d'appétit. Son développement était lent. On la soumit à un traitement approprié, consistant en huile de foie de morue, phosphate de chaux et bains salés et on obtint une légère amélioration dans son état. Elle devint plus vive, moins indifférente aux distractions ; son appétit augmenta et son teint devint plus coloré.

La malade se trouvait dans ces conditions avantageuses, grâce au traitement médical et hygiénique qu'elle avait suivi avec persévérance ; son état général commençait à devenir meilleur, lorsque, vers le milieu du mois de juillet 1874, sans cause appréciable, sans qu'elle ait été exposée au froid ou à l'humidité, ses genoux se tuméfièrent, les mouvements spontanés ou provoqués de ces articulations devinrent assez douloureux, et la peau devint, à ce niveau, épaisse, luisante et rouge. A ces symptômes locaux s'ajoutait une température fébrile (38 degrés centigrades dans la matinée), un pouls fréquent et petit, une certaine soif.

Nous lui prescrivîmes une potion avec du bi-carbonate de soude et un liniment ammoniacal en frictions sur les deux articulations malades.

Le jour suivant, la température avait baissé (37°8 le matin) ; le pouls était moins fréquent et plus plein.

Les douleurs, toutefois, étaient encore vives, au point d'empêcher la petite malade de dormir tranquillement. Nous continuons le même traitement.

Peu de jours après, les articulations radio-carpiennes et tibio-tarsiennes des deux côtés sont atteintes. Elles sont tuméfiées, assez douloureuses et légèrement rouges. Les mouvements communiqués arrachaient des cris à la pauvre patiente. La température cependant était normale. La malade restait dans une immobilité absolue, sans pouvoir faire usage de ses quatre membres. Des traits de souffrance se dessinaient sur son visage, bien qu'elle supportât sa situation avec un courage admirable. Abattement, insomnie, inappétence, digestions difficiles. Un examen attentif de l'appareil circulatoire ne permet pas de découvrir la moindre lésion des séreuses cardiaques. Prescription : une potion avec de l'iodure de potassium à la dose de 30 centigrammes par jour, et des frictions sur les parties malades avec un liniment térébenthiné et opiacé.

Plusieurs jours après avoir fait usage de cette médication, le gonflement diminua et les articulations devinrent moins douloureuses, mais ce furent là les seules modifications produites par l'iodure de potassium. La malade restait perclue, dans l'impossibilité de se tenir debout et encore moins de marcher. Sa nutrition s'altérait progressivement et enfin l'articulation de la première et de la seconde phalange du doigt indicateur gauche fut aussi envahie. L'œdème se circonscrivit à cet endroit limité, en y formant une nodosité. Le moindre mouvement imprimé à cette petite articulation produisait des douleurs très vives.

En continuant l'administration de l'iodure associé

alors à quelques gouttes de teinture de colchique et aux badigeonnages de teinture d'iode sur les articulations malades, nous parvînmes à faire diminuer, un peu plus qu'auparavant, l'œdème et les douleurs provoquées par les mouvements communiqués. Mais il survint peu de temps après un flux diarrhéique occasionné probablement par le colchique et nous suspendîmes l'usage de cette potion.

Le 24 juillet, quelques jours après cette interruption, la petite malade qui se trouvait dans de meilleures conditions, relativement à la marche toujours croissante de l'affection, fut subitement surprise par une exacerbation de tous les symptômes : fièvre, peau chaude et sèche, température de 38 degrés, pouls petit et fréquent (115 pulsations), grande prostration, soif intense, inappétence absolue, diurèse diminuée, sueurs fréquentes et copieuses pendant la nuit, douleurs articulaires beaucoup plus intenses. La pauvre petite était absolument immobile dans le décubitus dorsal et la plus légère pression sur les articulations malades lui arrachait des cris déchirants. L'œdème et la rougeur s'accentuèrent notablement, et envahirent totalement les deux jambes et les pieds. Au niveau des quatre grandes articulations, ces symptômes étaient plus saillants : on y voyait de grosses nodosités, de consistance élastique. En ces endroits, la température était plus élevée. La malade éprouvait un prurit intense à la peau, au niveau de ces articulations et de celles des membres thoraciques, où l'on avait fait des badigeonnages de teinture d'iode. Nous prescrivîmes un gramme de sulfate de quinine, en deux doses, pour le matin et la nuit, ainsi que la potion suivante à prendre par deux cuillerées

à thé toutes les heures : *Infusion de digitale*, 100 grammes ; *nitrate de potasse*, 2 grammes ; *sirop de fleurs d'oranger*, 20 grammes.

25 juillet. — Les phénomènes de réaction générale ont diminué. La température a baissé ; l'œdème des membres abdominaux est légèrement moindre. Les douleurs ne sont pas aussi vives ; la malade a dormi plus tranquillement pendant la nuit.

Prescription : une cuillerée toutes les heures d'une potion contenant de la gentiane et du bicarbonate de soude ; frictions avec une pommade à l'hydriodate de potasse et à l'onguent napolitain ; compression méthodique des articulations.

26-29 juillet. — État stationnaire, persistance de l'œdème et des douleurs articulaires.

Au niveau de l'articulation des poignets, la tuméfaction, rénitente et bien limitée, forme une nodosité assez saillante. Les articulations phalangiennes des pouces et des indicateurs, ainsi que celles des gros orteils, sont aussi le siége de nodosités extrêmement douloureuses.

Il existe quelque peu d'épanchement synovial aux genoux, rendu sensible par la fluctuation. Amaigrissement, inappétence, pâleur de plus en plus accentuée.

La malheureuse malade ne peut quitter le décubitus dorsal, et garde la plus complète immobilité pour éviter les douleurs intenses que provoquent les mouvements les plus légers. Nous nous décidons à essayer la teinture d'iode à l'intérieur et nous lui en faisons prendre deux gouttes par jour, dans un demi-verre d'infusion de gentiane, l'une après le déjeuner et l'autre après le dîner. Douches de sable chaud sur les articulations.

6 août. — Le bourrelet noueux des articulations tibio-tarsiennes et fémoro-tibiales est assez prononcé. Le rhumatisme devient franchement chronique. Aucune réaction générale ; température peu élevée.

Cet état persista jusqu'à la fin de la première quinzaine de septembre avec des alternatives en mieux et en mal. Les douleurs diminuaient dans les grandes articulations dont les mouvements devenaient possibles, tandis que les petites n'éprouvaient pas la moindre modification et étaient surtout plus douloureuses que les autres. Les muscles des avant-bras et des jambes, soumis à une inertie presque absolue pendant un si long espace de temps, commencèrent à s'atrophier : ceux des membres abdominaux surtout, qui gardaient une plus grande immobilité que les autres.

La nutrition générale s'altérant de plus en plus, par suite de l'usage prolongé de la médication iodée, celle-ci fut alors supprimée.

Le distingué professeur Torres Homem, appelé par nous en consultation, ne constata, comme nous l'avions déjà fait nous-même, aucune manifestation viscérale du rhumatisme. Nous prescrivîmes alors d'un commun accord, l'huile de foie de morue, le proto-iodure de fer, le malt avec houblon de Béchaux et les bains sulfureux.

La petite malade fut soumise à cette médication pendant deux mois, et c'est à peine si l'état général parut se modifier un peu favorablement. Les altérations locales ne subirent aucune amélioration. La moindre variation atmosphérique produisait une exacerbation des douleurs et une augmentation de l'épanchement synovial.

Au proto-iodure de fer on substitua la liqueur arsenicale de Fowler, selon les préceptes formulés par le docteur Guéneau de Mussy, qui attribue, dans des cas semblables, un effet héroïque à la médication arsenicale. Nous commençâmes par en administrer une goutte par jour et nous arrivâmes, en augmentant progressivement la dose, jusqu'à cinq gouttes.

En février 1875, l'observation peut se résumer ainsi : on constate quelque amélioration dans l'état local. Les articulations tibio-tarsiennes sont celles où le mieux s'est montré le plus tard, ce qui est dû en grande partie à ce que la malade tient obstinément, depuis quelque temps, ses jambes pendantes, position qui gêne notablement la circulation veineuse. L'œdème noueux est encore assez marqué et rénitent. Les articulations sont devenues cependant moins douloureuses. On perçoit, en leur imprimant quelques mouvements, une crépitation caractéristique, qui indique la rupture des adhérences articulaires et des stalactites osseuses, formées dans les cartilages de ces articulations. L'apyrexie est constante. La médication arsenicale a aussi produit quelque amélioration dans l'état général. L'appétit est devenu plus vif; le moral est un peu meilleur. La physionomie est plus calme et ne dénote plus autant la souffrance. Les téguments ont aussi repris un peu de leur couleur normale. Enfin, la malade se tient assise, alors qu'un mois auparavant, elle ne pouvait quitter le décubitus dorsal, tant étaient douloureux les moindres mouvements spontanés !

Durant tout le mois de mars, nous insistons sur la médication arsenicale, qui répare les forces de la

malade, mais sans produire aucune autre amélioration sensible. Nous avions, pour ainsi dire, épuisé toutes les ressources de la thérapeutique et employé le meilleur des remèdes réputés héroïques dans les cas de ce genre et cependant l'amélioration obtenue restait stationnaire et la pauvre malade était toujours dans un douloureux *statu quo*.

Un seul moyen n'avait pas été essayé et nous n'avions à son égard aucune expérience personnelle, au moins dans des cas de cette nature. Ce moyen non encore employé était l'électricité. Le moment était donc venu de faire usage des courants continus. La saison étant favorable, la malade fut transportée à la campagne et nous confiâmes l'application de l'électricité au médecin de la localité.

Muni d'un appareil à courants continus de Rhumkorff, ce confrère commença ses séances quotidiennes, en laissant les deux excitateurs sur les articulations pendant dix minutes (durée totale de la séance). Il faisait ensuite passer des courants interrompus dans les muscles atrophiés et inertes. Il employa au début douze éléments et à la fin vingt-quatre. Les séances furent rarement interrompues pendant une longue période de six mois.

Les heureux résultats que nous attendions d'un agent si puissant ne se firent pas beaucoup attendre, et peu de temps après nous fûmes informé que l'épanchement synovial du genou avait diminué progressivement, que les nodosités tibio-tarsiennes, qui dépassaient en volume celles des poignets, avaient subi une certaine diminution, et que ces articulations avaient recouvré quelques mouvements. En même temps, la diurèse était devenue abondante et les

urines laissaient déposer une grande quantité de phosphates et d'urates.

Cette amélioration ne resta pas stationnaire et alla au contraire en s'accentuant progressivement jusqu'à la fin du mois d'avril de la même année (1875). Les articulations des poignets aussi bien que celles des genoux avaient recouvré une grande partie de leurs mouvements, et l'état général de la malade se trouvait considérablement amélioré. Bon appétit, digestions faciles. Elle revint alors à Rio, où nous continuâmes à lui donner des soins à partir du 6 septembre.

6 Septembre. — Nous notons alors ce qui suit : état général considérablement amélioré, téguments plus colorés, œil vif, bonne physionomie. La petite avait commencé à engraisser.

Extension incomplète des membres inférieurs, due à la rétraction des muscles et ligaments des genoux (pseudo-ankylose) ce qui empêche la station debout ; déviation latérale externe des jambes, particulièrement de la gauche (ankylose angulaire). Contracture des muscles fléchisseurs des jambes sur les cuisses et des cuisses sur le tronc. Rétraction des ligaments postérieurs des genoux, s'opposant, comme nous l'avons déjà dit, à l'extension des jambes. En imprimant aux articulations malades quelques mouvements plus énergiques, dans le sens contraire à la rétraction fibro-musculaire, on perçoit facilement le bruit de crépitation, dû à la rupture des stalactites osseuses.

Les nodosités avaient considérablement diminué dans toutes les articulations atteintes, y comprises les phalanges ; les mouvements tant spontanés que communiqués étaient plus libres et moins douloureux.

L'épanchement synovial avait presque disparu au

genou : mais il était encore appréciable au niveau des articulations tibio-tarsiennes, particulièrement au-dessous de la malléole gauche. La petite malade posait déjà les pieds par terre, mais elle ne pouvait encore se tenir en équilibre, ni exécuter quelques pas vacillants sans être soutenue par quelqu'un.

Les muscles des avant-bras et des membres abdominaux étaient devenus plus gros et quelques-uns, tels que les extenseurs, fonctionnaient plus librement. La dyscinésie avait diminué sensiblement. La contractilité électro-musculaire était affaiblie, surtout dans les fléchisseurs. Notons encore une contracture du muscle psoas-iliaque et des fléchisseurs des cuisses, qui empêchait l'extension complète du tronc, quand la petite malade était debout. Tout effort employé pour vaincre cette résistance éveillait des douleurs intolérables, qui persistaient longtemps. Bon appétit et digestions régulières. Urines toujours abondantes, avec des dépôts d'urates et de phosphates.

Nous continuons l'emploi des courants continus, en les combinant avec des courants induits. Nous faisions passer les premiers au travers des articulations malades, et nous électrisions avec les seconds, les muscles des quatre membres. Dans le premier cas, nous nous servions d'un appareil de Gaiffe de vingt-quatre éléments (au chlorure d'argent), et dans le second, d'un petit appareil électro-magnétique du même auteur (au bisulfate de mercure).

Les séances duraient en tout dix minutes. Elles avaient lieu chaque jour, alternativement, tantôt avec les courants continus, tantôt avec les courants induits. Après chacune de ces séances, nous plaçions la

malade sur une table et nous lui pratiquions l'opération du massage, en faisant exécuter successivement à chaque articulation des mouvements méthodiques et réguliers de flexion et d'extension, et en faisant disparaître graduellement les adhérences et les rétractions.

Les bons résultats obtenus à l'aide de ces moyens, devinrent de plus en plus manifestes, à ce point que vers la fin de la première quinzaine d'octobre, après plus de quarante séances d'électrisation et de massage, la malade se maintenait debout, sans aucun appui et marchait dans une position presque verticale. La déviation angulaire externe du genou gauche était à peine perceptible. Les nodosités et les douleurs avaient entièrement disparu.

Dans ces conditions, nous interrompîmes l'emploi de l'électricité et nous abandonnâmes aux mouvements naturels le complément de la cure, que nous pourrions appeler radicale, puisque deux ans et demi se sont déjà écoulés depuis cette époque et qu'il n'existe aujourd'hui aucune trace de cette terrible maladie, qui semblait se jouer des agents thérapeutiques les plus héroïques.

L'enfant s'est développée régulièrement jusqu'à ce jour, sans que dans cette longue période écoulée depuis son rétablissement, il soit survenu la plus légère manifestation rhumatismale. Nous avons toujours observé de près la petite A... et nous avons attendu qu'un long espace de temps se soit écoulé, pour pouvoir apprécier les effets décisifs des courants électriques.

Pour plus de clarté, nous résumerons ainsi qu'il suit, le cas que nous venons de décrire avec détails :

Il s'agit d'une petite fille, âgée de deux ans à peine, profondément lymphatique, ayant été allaitée par différentes nourrices, toutes mal constituées et affectées de maladies diathésiques, débilitée par une coqueluche intense et prolongée, qui est inespérément atteinte d'un rhumatisme articulaire subaigu, affectant les articulations des genoux. Après la disparition des symptômes fébriles, le mal envahit de nouvelles articulations (les radio-carpiennes et les tibio-tarsiennes), mais sans qu'il se produise aucune réaction générale.

Ces articulations restent malades pendant un mois et à la fin de cette période stationnaire, de nouveaux symptômes de réaction générale surviennent, accompagnés d'une exacerbation des désordres articulaires et d'un œdème inflammatoire des deux jambes. Cette seconde crise dissipée, le rhumatisme devient franchement chronique. En même temps, les nodosités se dessinent et s'accentuent, tant dans les articulations déjà malades que dans quelques autres plus petites des orteils et des phalanges.

Ces altérations persistent, sans aucune modification sensible, pendant huit longs mois, et pendant ce temps se produisent les rétractions fibreuses et musculaires, qui amènent les déviations des membres, et les atrophies des muscles résultant de l'inaction à laquelle est condamnée la malade.

A l'exception de quelques avantages obtenus dans l'état général par la médication arsenicale, aucun autre agent thérapeutique, parmi le grand nombre de ceux qui furent employés, ne procura à la malade une amélioration sérieuse. C'est alors que nous eûmes recours à l'électrothérapie, et dès ce moment, la

modification régressive des arthropathies marcha progressivement, de telle sorte qu'au bout de huit mois d'un persévérant usage de ce puissant moyen, le résultat dépassa nos espérances. Nous avions obtenu une guérison radicale.

II

En examinant avec attention l'évolution de la maladie de la petite A... et en étudiant les désordres anatomiques auxquels elle a donné lieu, on ne peut que la considérer comme appartenant au type du rhumatisme chronique appelé par le professeur Charcot : *rhumatisme articulaire chronique progressif;* par Garrod : *arthrite rhumatismale,* et décrit par Trousseau et d'autres auteurs sous le nom plus générique de *rhumatisme noueux.* Une circonstance digne d'être notée, à cause de sa rareté, c'est que le rhumatisme noueux a été précédé, dans ce cas, d'un rhumatisme aigu et subaigu.

Personne n'ignore la divergence d'opinion qui existe encore aujourd'hui entre les deux pathologistes qui se sont plus particulièrement occupés de l'étude du rhumatisme chronique. Charcot, dont les dernières recherches ont jeté un assez grand jour sur les altérations anatomiques et l'évolution symptomatologique de cette affection, considère le rhumatisme noueux comme une des formes les plus légitimes du rhumatisme, tandis que Garrod persiste à en faire une entité morbide distincte. La majorité des auteurs cependant est d'accord pour accepter la classification établie par le professeur Charcot.

A quelle forme clinique appartient le cas en ques-

tion, parmi celles si savamment décrites par cet auteur distingué ?

Nous ne devons pas hésiter à le rattacher à la première forme : *rhumatisme chronique progressif.*

La fixité des altérations articulaires, l'intensité moindre des lésions osseuses et cartilagineuses, la prompte atrophie musculaire, la manière accentuée et rapide avec laquelle se sont produites les déformations, les exacerbations aiguës survenant après des périodes plus ou moins longues, le grave et précoce délabrement de l'état général : tels sont les caractères qui distinguent cette première forme et tels étaient aussi ceux que nous avons observés dans notre cas. C'est encore cette forme qui s'observe le plus souvent chez les individus jeunes, qui attaque un grand nombre d'articulations, qui affecte à son début les caractères du rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, et qui produit des désordres articulaires et péri-articulaires très douloureux, sans que les déformations et rétractions consécutives soient nécessairement incurables (Charcot et E. Besnier). L'heureuse terminaison de rhumatisme osseux de notre petite malade constitue donc un élément qui donne une grande valeur à cette observation.

De ce qui précède, nous pouvons conclure que le rhumatisme observé chez la petite A... présentait tous les caractères qui distinguent la forme *rapide* (première forme) du type *articulaire chronique progressif.*

Si nous cherchons à nous rendre compte des conditions étiologiques du rhumatisme chronique, nous arriverons à cette conviction que le cas actuel est assez exceptionnel, eu égard à la rareté notable de cette maladie dans la première enfance.

Les auteurs qui se sont consacrés à l'observation et à l'étude des maladies de l'enfance sont presque unanimes à reconnaître ce fait. Pour donner plus de valeur à cette assertion, nous allons passer en revue les opinions émises par les divers auteurs qui se sont occupés de la question.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Les écrivains du siècle dernier ne paraissent pas avoir dirigé leur attention sur le rhumatisme de l'enfance, ou bien on n'observait alors cette maladie que d'une manière tout à fait exceptionnelle dans le premier âge et même dans la seconde enfance. C'est ainsi que Gautier Harris (1738) [1] et Brouzet (1754) [2] gardent un silence complet sur le rhumatisme. Ce dernier n'en fait même pas mention dans le chapitre de son travail consacré aux maladies *rares* et *extraordinaires* de l'enfance. Boerhave, dans ses aphorismes commentés par Van Swieten, (1759) [3], Rosen (1778) [4] Chambon (1779) [5] ne

1 *Traité des maladies aiguës des enfants.* Paris 1738.

2 *Essai sur l'éducation médicale des enfants et leurs maladies.* Paris, 1754.

3 *Traité des maladies des enfants, trad. du latin des aph. de Boerhave com. par M. le Baron de Van Swieten*, par M. Paul Avignon, 1759.

4 *Traité des maladies des enfants.* Trad. du suédois par M. Le Febvre de Villebrune. Paris.

5 *Des maladies des enfants.* Paris, an VII.

sont pas plus avancés à cet égard que leurs prédécesseurs.

Les auteurs qui viennent après eux sont presque aussi muets. Hume (1802) [1], Armstrong (1808) [2], Capuron (1820) [3], Hamilton (1824) [4] et Denis (1826) [5] n'ont rien écrit sur ce sujet dans leurs Traités sur les maladies des enfants.

Berton (1837) [6] affirme que les affections rhumatismales sont rares chez les enfants et que c'est à peine si on les observe quelquefois aux approches de la puberté. « Les attaques de rhumatisme, dit-il, sont alors beaucoup moins communes qu'aux autres époques de la vie. »

Valleix (1838) [7], dans son excellent travail sur les maladies de l'enfance, ne dit pas un mot du sujet qui nous occupe.

Richard (de Nancy) [8] en traitant de l'*ankylose* et de la *contracture*, signale rapidement et sans insister, « les affections rhumatismales qui ont atteint les tendons » parmi les nombreuses causes capables de produire les déformations des membres ; mais il ne dit rien, toutefois, sur le rhumatisme chronique de l'enfance.

1 *Observations on the origin and treatment of internal and external diseases of children*. Dublin.

2 *An account of the diseases incident to children*. London.

3 *Traité des maladies des enfants jusqu'à la puberté*. Paris, 1820, 2me éd.

4 *Hints of the treatment of the principal diseases of infancy and childood*. Edinburgh.

5 *Recherches d'anatomie et de physiologie sur plusieurs maladies des enfants*. Commercy.

6 *Traité des maladies des enfants*. Paris, 1837.

7 *Clinique des maladies des enfants*. Paris, 1839.

8 *Traité pratique des maladies des enfants*, Paris, 1838, p. 581.

De 1837 à 1840, sur huit cents malades traités à la clinique des enfants de la Faculté de médecine de Strasbourg, V. Stœber [1] n'a observé qu'un seul cas de rhumatisme et encore ne fait-il que le signaler dans son tableau statistique sans indiquer l'âge de l'enfant.

Le docteur Vanier n'a pas observé un seul cas de rhumatisme, à l'Hôpital des enfants du Havre, pendant les années 1841 et 1842. [2]

Becquerel (1842) [3], de même que Legendre (1846) [4] et Fabre (1847) [5] gardent le silence le plus complet relativement au rhumatisme de l'enfance. Rilliet et Barthez (1853) [6] disent que les rhumatismes goutteux et chroniques sont tellement exceptionnels dans les premières années de la vie, qu'ils se croient autorisés à ne pas s'en occuper dans leur important Traité classique, pourtant assez complet.

Sur dix cas de rhumatisme aigu, ces auteurs en ont observé quatre chez des enfants de quatre à cinq ans. Ils citent encore un cas de rhumatisme relatif à un petit enfant de sept mois, publié par le docteur Stager de Windau.

On ne trouve aucun mot sur cette maladie dans la dixième édition du Traité de Underwood (1856) [7].

1 *La Clinique des maladies des enfants à la Faculté de Strasbourg*, 1841.

2 *La clinique des hôpitaux des enfants, rédigée et publiée par le docteur Vanier du Havre*, 1841-1842.

3 *Traité théorique et pratique des maladies des enfants.* — Paris.

4 *Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur quelques maladies de l'enfance.* — Paris.

5 *Bibliothèque du médecin praticien* (*Maladies des enfants.*) — Paris.

6 *Traité clinique et pratique des maladies des enfants.* — Paris, 1853, t. II, p. 114.

7 *Treatise on the diseases of children.* 10 th. ed with additions by H. Davies. London.

On peut en dire autant du Traité de Barrier (1861)[1] où il n'est pas une seule fois question du rhumatisme.

La première monographie publiée sur le rhumatisme aigu de l'enfance a été celle de Claisse en 1864[2]; mais, parmi les observations citées par cet auteur, on n'en trouve pas une seule qui soit relative à un enfant de moins de cinq ans.

Le docteur Henri Roger, qui dirige depuis de nombreuses années et avec le plus grand profit pour la science, un des services médicaux de l'Hôpital des enfants de Paris, dit avoir observé un certain nombre de cas de rhumatisme aigu chez l'enfant, mais non pas au-dessous de l'âge de huit ans[3]. Nous n'avons pas connaissance qu'un seul cas de rhumatisme chronique de la première enfance ait été publié par cet éminent observateur.

En Irlande, Fleetwood Churchill (1870)[4], qui a écrit un des Traités les plus appréciés sur la pathologie infantile, ne consacre pas une seule page de son volumineux ouvrage au rhumatisme; il n'y fait même aucune allusion. En Italie, même silence. Galligo (1870)[5], auteur du Traité le plus récent publié dans ce pays sur les maladies du premier âge, ne dit pas un mot du sujet qui nous occupe.

Vogel, en Allemagne (1872), affirme que le rhumatisme articulaire aigu est très rarement observé chez

1 *Traité pratique des maladies de l'enfance.* Paris, 3e édition, 1861.

2 *Du rhumatisme articulaire aigu chez les enfants.* Thèse de Paris.

3 *Archives générales de médecine.* Paris, 1866-1868.

4 *The diseases of children.* 3 th. ed. Dublin, 1870.

5 *Igiene e malattie dei Bambini.* Seconda edizione postuma. Firenze. 1871.

les enfants du premier âge. Cet éminent pathologiste cite *comme extraordinaire* un cas observé par lui chez un enfant d'un an et neuf mois. « Mais, dit-il, c'était là un cas fort exceptionnel, car les auteurs n'ont généralement rencontré la maladie que chez des enfants âgés de six ans et au delà [1].

C. Picot, qui a écrit sur ce sujet une excellente thèse (1872)[2] — la seconde monographie de ce genre depuis celle de Claisse — a pu recueillir en moins d'une année, à l'Hôpital des enfants, trente-neuf cas de rhumatisme ; mais il ne s'en trouve pas un seul qui ait trait à un enfant âgé de moins de sept ans.

D'après cet auteur, sur une statistique dressée par le professeur Germain Sée des malades traités pendant une période de quatre années dans ce même hôpital et dont le chiffre s'élève à 11,500, on ne compte que cent cas de rhumatisme.

J. Steiner (1874)[3], professeur de maladies des enfants à l'Université de Prague, s'exprime ainsi, à cet égard, dans son *Compendium* : « Dans la grande classe des affections rhumatismales, le rhumatisme articulaire aigu est à peu près la seule forme qui soit observée chez l'enfant [4] ». Plus loin, il ajoute : « Le rhumatisme (aigu) n'est pas une maladie de la première enfance ; il est beaucoup plus fréquemment observé depuis l'âge de cinq ans, bien qu'on puisse

1 *Traité élémentaire des maladies de l'enfance.* Traduction de Culmann et Sengel. Paris, 1872, p. 330.

2 *Du rhumatisme aigu et de ses diverses manifestations chez les enfants.* Paris, 1872, p. 12.

3 *Compendium of children's diseases.* Transl. from the 2 d. germ. ed. by Lawson Tait. London, 1874.

4 *Loc. cit.* p. 334.

le rencontrer, dans des cas exceptionnels, chez des enfants moins âgés [1] ».

Forsyth Meigs et W. Pepper (1874) [2], médecins des hôpitaux de Pensylvanie, ont écrit ce qui suit, dans leur très important ouvrage : « La première enfance *paraît protégée* jusqu'à un certain point contre cette affection (le rhumatisme).

« Rilliet et Barthez rapportent un cas survenu à l'âge de sept mois. Mais les plus jeunes enfants chez lesquels ils aient eu l'occasion de voir quelquefois cette maladie, étaient âgés de quatre ans. Pour ce qui nous concerne, nous avons observé un cas chez un enfant de deux ans, et plusieurs autres de la troisième à la cinquième année. » En écrivant un des Traités les plus complets et les plus volumineux que nous possédions aujourd'hui sur la pathologie de l'enfance, ces distingués observateurs n'ont pas trouvé un mot à dire sur le rhumatisme noueux. Ils n'ont parlé, ainsi que nous venons de le voir, que du rhumatisme aigu, qu'ils considèrent comme une affection extrêmement rare dans la première enfance.

Ch. West [3], médecin de l'Hôpital des enfants de Londres, s'occupant incidemment du rhumatisme, dans une de ses leçons, dit que les statistiques consciencieuses de l'Hôpital de S. Bartholomé, donnent pour une période de trois années (1869-1871), un total de huit cent dix-neuf cas de rhumatisme *aigu* comprenant tous les âges, et que sur ce nombre,

1 *Loc. cit.* p. 336.

2 *A practical treatrise of the diseases of children.* London, fifth. ed. 1874.

3 *Leçon sur les maladies des enfants.* Trad. par le docteur Archambaud. Paris, 1875.

soixante-quinze cas ont trait à des enfants âgés de cinq à quinze ans. Aucun cas n'a été observé avant l'âge de cinq ans. Le distingué professeur de Londres ne parle pas une seule fois du rhumatisme chronique.

Pendant tout le temps que nous avons fréquenté le service de notre distingué maître, le docteur Bouchut, à l'Hôpital des enfants de Paris, à peine avons-nous eu l'occasion d'observer quelques rares cas de rhumatisme articulaire *aigu* sur des petites filles qui déjà avaient presque l'âge de la puberté. Nous avons vu ici, il y a peu de mois, un cas de rhumatisme polyarticulaire aigu, compliqué de péricardite, chez une petite fille de six ans. En janvier 1875, nous avons reçu de l'éminent professeur de Paris que nous avions consulté au sujet du rhumatisme chronique noueux de l'enfance, la note suivante : « Je n'ai pas vu souvent le rhumatisme noueux chez les enfants, mais cette année, j'en ai eu deux cas, dont un chez un enfant de trois ans. *J'en ai peut-être vu en vingt ans, une demi-douzaine ;* c'est ce qui fait que je n'en ai pas parlé dans les cinq premières éditions de mon livre [1]. Dans la sixième, j'en ai fait mention, mais d'une manière très écourtée. »

Il convient de faire remarquer que le théâtre d'observation du docteur Bouchut est un des plus vastes qui se puisse rencontrer, car, indépendamment de son service de l'Hôpital des enfants et de ses consultations gratuites, qui sont énormément courues, ce

[1] *Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance.* 6me édition. Paris, 1875.

médecin posséde une des plus belles clientèles de Paris. On peut ainsi juger de la valeur de la statistique de ce savant clinicien qui n'a pu observer que *six* cas de rhumatisme noueux chez des enfants, durant sa longue carrière.

Lewis Smith (1876), médecin de l'Hôpital des enfants de New-York, qui a consacré dans son Traité spécial [1] un intéressant chapitre au rhumatisme aigu, est plus affirmatif sur la fréquence de cette maladie dans la première enfance. « Avant l'âge de cinq ans, dit-il, elle est relativement rare, mais il est probable qu'elle l'est moins qu'on ne le pense généralement. » Lewis Smith émet cette opinion parce qu'il a eu l'occasion d'observer des désordres valvulaires chez des enfants de cet âge, désordres qu'il croit devoir attribuer au rhumatisme, bien que les parents des malades n'eussent pas toujours accusé une ou plusieurs attaques antérieures de cette affection. Mais il faut noter que Steffen [2], cité par ce même auteur, de même que le docteur Bouchut [3], ont suffisamment démontré que les lésions valvulaires peuvent être le résultat d'une endocardite coexistant avec un grand nombre d'autres affections fébriles aigues.

Les recherches cadavériques auxquelles s'est livré ce dernier auteur lui ont montré que, sur deux cents autopsies faites au hasard sur des enfants ayant succombé aux maladies les plus diverses, les neuf dixièmes des cadavres présentaient des traces plus

1 *A treatise on the diseases of infancy and childrod.* Third. ed. London, 1876, p. 309.

2 *Jahrbuch fur Kinderk*, 1870.

3 *Recherches anatomiques et cliniques sur l'endocardite végétante et ulcéreuse des maladies aigues fébriles.* Paris, 1875, pag. 9.

ou moins manifestes d'endocardite végétante. En présence de ces faits, nous ne trouvons pas concluante la raison donnée par Smith pour affirmer la fréquence probable du rhumatisme aigu dans la première enfance.

Il déclare avoir observé des cas dans lesquels les articulations sont restées compromises, après la disparition des symptômes aigus du rhumatisme. Le cas que cet éminent clinicien rapporte en quelques lignes, dans l'ouvrage sus-mentionné, est un des rarissimes exemples connus de rhumatisme chronique chez un enfant en bas-âge.

Nous croyons devoir le reproduire ici, à cause du grand intérêt qu'il présente : « E. H., petite fille de trois ans et demi, est entrée à *Bellevue-Hospital*, en février 1871. Elle a eu des fièvres intermittentes depuis l'âge de neuf mois jusqu'à l'âge de quinze mois. Depuis cette époque jusqu'à l'âge de deux ans, elle a joui d'une bonne santé. Mais elle fut alors atteinte d'un rhumatisme qui débuta par les coude-pieds et s'étendit ensuite aux autres jointures. Les articulations des genoux et des cuisses ne recouvrèrent qu'en partie leur mobilité. Quant aux jambes et aux cuisses, elles restèrent en état de flexion permanente, de manière à rendre la marche difficile. La malade ne pouvait étendre les jambes sans éprouver une vive douleur, et, lorsqu'elle essayait de vaincre la flexion de l'articulation coxo-fémorale, elle imprimait à sa colonne vertébrale une courbure semblable à celle qu'on observe dans la coxalgie. [1] » L'auteur ne dit pas quelles furent les suites de cette maladie.

[1] Loc. cit. pag. 309.

C'est là, évidemment, un exemple de rhumatisme polyarticulaire chronique survenu chez une enfant de l'âge le plus tendre. Ce cas est des plus nets et l'auteur lui a donné encore un plus grand degré de certitude en le faisant suivre d'une gravure. Il n'est cependant pas aussi remarquable que celui qui a été l'occasion de ce mémoire. De la rapide description donnée par Lewis de sa petite malade, il résulte que les altérations arthropatiques devaient appartenir à la classe de celles qui caractérisent le rhumatisme chronique simple (superficiel) des adultes, dans lequel les altérations anatomiques sont purement périphériques et ne produisent pas les déformations, les nodosités, les épanchements synoviaux, etc., qui constituent le rhumatisme osseux noueux.

Dans un ouvrage plus récent sur la pathologie infantile, le Manuel de MM. d'Espine et C. Picot (1877) [1], l'existence du rhumatisme est considérée comme très rare avant l'âge de cinq ans. Quant au rhumatisme chronique, ces auteurs le considèrent comme tellement exceptionnel qu'ils n'ont pas cru devoir s'en occuper [2].

Pour ne pas limiter cette revue aux Traités spéciaux, nous avons consulté les auteurs classiques qui, par leur vaste observation et leur longue pratique, pouvaient éclairer la question que nous étudions.

Dans son précieux ouvrage sur la nosographie médicale, Bouillaud [3] confirme en ces termes l'opinion qu'il avait déjà exprimée dans son monumental

1 *Manuel pratique des maladies de l'enfance*. Paris, 1877.

2 Loc. cit., p. 129.

3 *Traité de nosographie médicale*, t. I. Paris, 1846. p. 483.

Traité du rhumatisme articulaire « L'âge... quel qu'il soit, ne préserve pas absolument de l'arthrite rhumatismale. Cette maladie paraît sévir néanmoins de préférence sur les sujets de douze à quarante ans.

» Elle n'épargne pas toujours les enfants très jeunes encore. J'ai vu des enfants de sept ans et au-dessous frappés de cette maladie, avec coïncidence de très forte endocardite. »

Cet éminent clinicien ne cite pas un seul cas de rhumatisme chronique observé dans l'enfance.

Sur soixante-douze cas de rhumatisme aigu traités par Chomel, c'est à peine s'il en est deux qui soient relatifs à des enfants. Un de ces enfants avait huit ans et l'autre neuf.

J. P. Frank[1] croyait que le rhumatisme ne s'observait que dans l'âge adulte ou dans la vieillesse.

Le professeur Monneret [2] dit, à propos de l'étiologie des affections rhumatismales en général : « On naît avec la diathèse rhumatismale, mais on ne devient rhumatisant, en général, que *de vingt à trente ans.* » Il n'est aucunement question du rhumatisme chronique de la première enfance, dans son Traité de pathologie.

Grisolle est plus explicite : « Le rhumatisme, dit-il, rare dans l'enfance, *presque inconnu* au-dessous de la sixième année, se montre surtout de quinze à quarante ans [3] . »

Sur quarante-cinq cas de rhumatisme, dit Maca-

[1] *Traité de Médecine pratique, de Jean-Pierre Frank,* traduit du latin, par J. M. G. Coudereau. Paris, 1842, t. II., p. 597.

[2] *Traité élémentaire de pathologie interne.* Paris, 1865, t. II. p. 427.

[3] *Traité de pathologie interne.* Paris, 1865, 9me édition, p. 1,004

rio [1], je n'en ai vu que trois entre cinq et dix ans et pas un seul, au-dessous de cet âge. Il ne parle que du rhumatisme articulaire aigu.

Selon Niemayer « l'enfance jouit *d'une immunité parfaite* à l'égard de l'arthrite déformante. Quelques cas isolés de cette maladie s'observent déjà à l'époque de la puberté. » Toutefois, le docteur V. Cornil, dans une note relative à ce passage, dit plus loin : « Nous avons eu occasion de voir plusieurs fois le rhumatisme noueux chez des enfants [2]. »

D'après Béhier et Hardy [3], le rhumatisme articulaire aigu ne s'observe pas dans les premières années de la vie. C'est une affection qui se montre surtout entre quinze et quarante ans. Ces auteurs n'attachent pas une grande importance à l'âge dans l'étiologie du rhumatisme noueux « les observations ayant montré que la maladie pouvait commencer *avant vingt ans*, et se développer jusqu'à l'âge de soixante ans [4] ».

Le professeur Jaccoud affirme que la polyarthrite déformante « est inconnue chez l'enfant et l'adolescent [5] ».

Depuis Landré-Bauvais [6] et Haygarth [7], les auteurs

1 *Du Rhumatisme et de la diathèse rhumatismale.* Paris, 1867. 2me édition, p. 7.

2 *Éléments de pathologie interne et de thérapeutique*, traduits, revus et annotés, par M. V. Cornil. Paris, 1869. 2me édition, t II, p. 477.

3 *Traité élémentaire de pathologie interne.* Paris, 1859, t. I, 2me édit., p. 216.

4 *Loc. cit.*, p 232.

5 *Traité de pathologie interne.* Paris, 1871, t. II, p. 558.

6 *Doit-on admettre une nouvelle espèce de goutte sous la dénomination de goutte asthénique primitive?* Thèse de Paris, an VIII.

7 *A critical History of the nodositz of the joints.* London, 1813.

qui se sont occupés de la polyarthrite déformante n'ont que fort peu porté leur attention sur la fréquence de cette maladie pendant les premières années de la vie et c'est ce qui explique, dans une certaine mesure, la lacune qui existe, à cet égard, dans les travaux consacrés à la pathologie de l'enfance.

Plusieurs de ces auteurs citent cependant quelques cas. Heberden a vu le rhumatisme articulaire aigu atteindre un enfant de quatre ans. Fuller [1] a observé la même maladie chez deux enfants âgés, l'un de vingt mois, l'autre de deux ans et neuf mois. Richardson [2], sur 1004 décès occasionnés par le rhumatisme, à Londres, a relevé seize cas de rhumatisme chez des enfants âgés de moins de cinq ans et deux cent vingt-six cas chez des individus âgés de cinq à vingt ans.

Le professeur Charcot, dont les importants travaux représentent les dernières conquêtes de la science moderne sur ce terrain, n'a pas passé sous silence ce point intéressant du sujet qui nous occupe.

Selon cet éminent observateur [3], la période classique du rhumatisme articulaire aigu s'étend de quinze à trente ans, « mais cette affection, dit-il, n'est pas rare aux premières années de la vie. On la voit se développer chez des enfants de cinq à dix ans. »

Ses propres observations, de même que celles de Trastour, démontrent que le rhumatisme noueux s'observe surtout dans les deux périodes suivantes :

[1] *On rhumatism, etc.*, third. ed. London, 1870.

[2] *Lancet*, 1854, t. I, p. 138.

[3] *Leçons sur les maladies des vieillards.* Paris, 1863.

de vingt à trente ans et de quarante à soixante. Toutefois, assure le même auteur, l'arthrite déformante peut se rencontrer, soit avant, soit après ces périodes, et il cite, à l'appui de son assertion, cinq observations dont trois lui sont personnelles.

La première est relative à un cas communiqué par le docteur Laborde à la Société de biologie de Paris. Il s'agit d'un petit garçon de huit ans, qui présentait toutes les déformations caractéristiques du rhumatisme noueux. L'affection avait débuté à l'âge de *quatre ans*.

La seconde a trait à un cas recueilli par M. Martel, à l'Hôpital Sainte-Eugénie, dans le service du docteur Barthez. Le malade, âgé de dix ans, était atteint d'un rhumatisme articulaire chronique, compliqué de péricardite et qui devint plus tard franchement noueux, avec des déformations caractéristiques accentuées.

Les faits appartenant à M. Charcot sont les suivants :

Obs. 1. — « Une infirme de la Salpêtrière, qui avait été élevée dans une habitation humide, a été frappée d'un rhumatisme noueux à l'âge de dix ans. »

Obs. 2. — « Une autre infirme du même Hospice, qui avait vécu pendant son enfance dans une loge humide, a été prise à l'âge de seize ans. »

Obs. 3. — « Un homme élevé dans une de ces carrières abandonnées sur les bords de la Loire, qui servent fréquemment d'habitation, fut atteint du rhumatisme noueux à l'âge de vingt ans. »

En résumé, M. Charcot pense que la polyarthrite déformante peut s'observer avant l'âge de vingt ans, et il a eu lui-même l'occasion d'en voir un cas à

vingt ans, un autre à seize ans et un troisième à dix ans. Quant au cas rapporté par le docteur Laborde à la Société de biologie, c'est après ceux de Smith et de Bouchut, un de ceux qui ont été observés jusqu'à présent à un si bas-âge (quatre ans).

M. Durand-Fardel a noté que sur dix-sept cas de rhumatisme chronique dont le début a pu être précisé, deux seulement dataient de l'âge de quinze ans [1].

Il nous reste maintenant à examiner quelle est la fréquence du rhumatisme dans la ville de Rio de Janeiro, théâtre de notre observation. Si nous voulions nous baser, pour apprécier cette fréquence, sur les chiffres qui indiquent la mortalité de cette affection, nous devrions conclure : que les habitants de Rio sont rarement atteints de rhumatisme. Nous croyons cependant pouvoir affirmer que cette maladie est au nombre de celles qu'on observe le plus fréquemment à Rio. Elle ne cause pas, il est vrai, directement la mort, mais celle-ci est la conséquence des lésions viscérales qu'elle détermine dans la suite.

Ainsi, durant une période de quatre ans, de 1869 à 1872, et sur un total de 38,868 décès, on ne compte que 79 décès occasionnés par le rhumatisme, ce qui est en effet, un chiffre très restreint eu égard à celui de la mortalité des autres affections d'une égale fréquence observées à Rio. Il est encore à noter que pendant l'année 1870, qui se trouve comprise dans cette période, aucun cas de décès par rhumatisme n'a été enregistré dans la statistique mortuaire.

Si nous considérons maintenant cette mortalité au point de vue de l'âge des décédés, durant cette

[1] *Traité pratique des maladies chroniques*, t. I. Paris, 1868, p. 404.

même période de temps, nous trouvons que sur les soixante-dix-neuf cas indiqués plus haut, cinq seulement appartiennent à l'enfance. Un décès est compris dans la période de un an à quatre ans, deux dans celle de quatre ans à sept ans et deux dans celle de cinq ans à sept ans. Le tableau suivant met en regard pour chacune des années sus-mentionnées, la mortalité totale, la mortalité par le rhumatisme d'une manière générale, et la mortalité par le rhumatisme dans l'enfance.

ANNÉES	MORTALITÉ totale	MORTALITÉ générale du rhumatisme	MORTALITÉ du rhumatisme dans l'enfance
1869	8.668	11	0
1870	10.115	0	0
1871	9.547	32	2
1872	10.538	36	3
TOTAUX..	38.868	76	5

On voit, d'après ce tableau, que pendant deux ans consécutifs, 1869 et 1870, aucun cas de rhumatisme de l'enfance n'a été enregistré dans la statistique mortuaire. Nous regrettons que les indications relatives aux deux dernières années de cette période ne soient pas plus précises quant à l'âge des enfants décédés. Cependant on n'a observé qu'un seul cas de mort par cette maladie, dans la période de un an à quatre ans. De plus, les cas de rhumatisme aigu se confondent dans nos statistiques avec les cas de rhumatisme chronique.

Dans le travail publié par M. le baron de Lavradio sur la mortalité des enfants à Rio de Janeiro (de 1845

à 1868), il n'est pas fait une seule allusion à la mortalité par le rhumatisme, soit aigu, soit chronique. Il n'en est pas davantage question dans son Rapport d'hygiène publique de 1870 [1], travail consciencieux et fort bien fait, où il passe en revue les maladies qui ont le plus contribué à la mortalité des enfants durant cette période, dans la ville de Rio.

De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Le rhumatisme articulaire aigu est excessivement rare dans l'enfance, avant l'âge de cinq ans.

A l'appui de cette conclusion, nous donnons ici le tableau résumé des faits précédemment signalés :

De sept mois à un an : trois cas.	Stager de Windau Vogel Fuller
De deux ans à cinq ans : cas rares.	Fuller Heberden Meigs et Pepper Richardson Rilliet et Barthez
De cinq ans et au-dessus : cas plus nombreux.	Picot Vogel Steiner Bouchut Moncorvo Bouillaud Grisolle Macario, etc.

2° Le rhumatisme polyarticulaire chronique (noueux) est presque inconnu dans la première enfance, et

[1] *Da mortalidade da cidade do Rio de Janeiro, e em particular da das crianças.* In *Relatorio do presidente da Junta central d'hygiène publica.* Rio de Janeiro, 1870.

c'est à peine si nous avons pu en réunir *quatre cas* bien authentiques, savoir : un cas cité par Bouchut (trois ans) ; un cas par L. Smith (trois ans et demi) ; un cas par Laborde (huit ans) et le quatrième, celui que nous avons rapporté et qui est, à notre connaissance du moins, l'unique cas observé jusqu'à ce jour à un âge aussi tendre (deux ans) ;

3° Le rhumatisme noueux, quoique rare encore dans la seconde enfance, peut cependant être observé à cette époque de la vie, ainsi que le prouvent les cinq cas relatés par Martel (dix ans) ; Charcot (dix et seize ans) ; Durand-Fardel (deux de quinze ans) et les cas de Bouchut.

CHAPITRE III

CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES

Sexe. — Les observateurs ne sont pas entièrement d'accord quant à la fréquence relative du rhumatisme articulaire aigu, dans les deux sexes, chez les enfants. Barthez et Rilliet déclarent qu'ils ont vu un plus grand nombre de petits garçons atteints de rhumatisme aigu, soit à l'Hôpital, soit en ville. M. Bouchut se prononce dans le même sens. Meigs et Pepper affirment cependant que cette maladie est plus fréquente dans le sexe féminin, d'après leurs observations personnelles.

D'une statistique de l'Hôpital des enfants de Londres, dressée par Tackwel, il résulte que, sur quatre

cent soixante-dix-huit cas de rhumatisme traités dans cet Hôpital, pendant une période de seize ans, deux cent cinquante-deux cas appartiennent au sexe féminin et deux cent vingt-six cas seulement au sexe masculin. Sur quarante-sept cas recueillis par Picot à l'Hôpital des enfants de Paris, trente-et-un ont trait à des garçons et seize seulement à des filles. Fuller, sur quinze malades, a eu quatre petits garçons et onze petites filles.

Les statistiques faites dans les Hôpitaux de Paris pendant quatre années (1868, 1869, 1872 et 1873), nous apprennent que trois cent cinq enfants ont été traités, durant cette période, pour le rhumatisme. Sur ce nombre, on compte cent soixante-dix-neuf garçons et cent vingt-deux filles.

En résumant les chiffres cités plus haut, nous arrivons à la conclusion suivante sur la fréquence du rhumatisme articulaire aigu des enfants, dans les deux sexes :

Sur huit cent quarante-et-un cas de rhumatisme traités dans les Hôpitaux de Londres (Tackwel) de Paris (Picot et E. Besnier) et par Fuller, quatre cent un appartiennent au sexe féminin, et quatre cent quarante au sexe masculin ; ce qui constitue un excédant de trente-neuf cas en faveur de ce dernier sexe.

Dans l'âge adulte, le sexe féminin est, à n'en pas douter, plus prédisposé à cette maladie lorsqu'elle affecte la forme chronique. Le *rhumatisme noueux*, dit Charcot, est incomparablement plus fréquent chez les femmes (Trastour, Vidal). L'examen comparatif des pensionnaires de Bicêtre et des infirmes de la Salpêtrière suffit, selon lui, pour s'assurer de ce fait.

En consultant les neuf cas que nous avons recueil-

lis et qui appartiennent, soit à la première, soit à la seconde enfance, nous voyons que trois cas seulement sont relatifs au sexe masculin et six au sexe féminin. Ces résultats sont mis en évidence dans le tableau suivant :

AUTEURS	NOMBRE DE CAS	SEXE	
		MASCULIN	FÉMININ
Bouchut	1		1
Charcot	1		1
Charcot	1		1
Durand-Fardel	1	1	
Durand-Fardel	1		1
Laborde	1	1	
Martel	1	1	
Moncorvo	1		1
L. Smith	1		1

Les faits que nous possédons nous autorisent donc à dire que le rhumatisme noueux affecte chez les enfants la même prédominance pour le sexe féminin que chez les adultes.

Hérédité. — L'influence de l'hérédité sur le développement du rhumatisme paraît être des plus puissantes et des mieux démontrées. Quelques auteurs vont même jusqu'à prétendre que la majorité des cas de rhumatisme observés dans l'enfance ne reconnaissent pas d'autre cause. Steiner qui attache le plus grand prix à cette condition étiologique, cite comme un exemple concluant et dont il a été lui-même personnellement le témoin, le fait de douze enfants dont

la mère souffrait de rhumatisme aigu avec localisation cardiaque, et qui furent tous atteints de cette même affection avant l'âge de vingt ans.

Dans vingt-six cas recueillis par Picot à l'Hôpital des enfants de Paris, le rhumatisme a été noté quatorze fois chez les ascendants. Fuller a constaté le même fait dans huit cas sur quinze.

Charcot considère comme hors de doute la transmission héréditaire, tant du rhumatisme noueux que du rhumatisme de Heberden.

Sur quarante-cinq cas, Trastour a trouvé que dix fois le père ou la mère des malades était rhumatisant. Comme à M. Besnier, cette proportion nous paraît inférieure à la réalité. Fait intéressant et démonstratif : cet auteur a vu trois fois des femmes atteintes de rhumatisme donner le jour à des enfants déjà en possession de cette diathèse. M. Charcot, qui reproduit ces faits, cite, à son tour, le cas d'une femme traitée à la Salpêtrière pour un rhumatisme noueux, et dont la fille et la petite fille avaient déjà éprouvé des douleurs dans les petites articulations.

Les père et mère de la petite malade que nous avons soignée n'ont jamais eu la moindre atteinte de rhumatisme, soit aigu, soit chronique et nous avons pu nous assurer que les grands parents paternels et maternels n'avaient pas davantage souffert de cette affection.

Les autres observations ci-dessus mentionnées ne nous ont fourni aucune indication à cet égard. Malgré cette exception et quelques autres, nous regardons cependant comme démontrée la puissante influence de cette condition étiologique.

Maladies constitutionnelles; scrofule; lymphatisme. — Tous les états morbides constitutionnels, qui produisent un profond dépérissement de l'organisme, toutes les maladies susceptibles de compromettre la nutrition sont, dans l'âge adulte, des causes prédisposantes du rhumatisme articulaire aigu et du rhumatisme chronique, en particulier. Parmi les maladies constitutionnelles, figure au premier rang la *scrofule* et, à côté d'elle, le *lymphatisme*. Nous sommes porté à considérer cette prédisposition comme spécifique à cause de la coexistence fréquente de ces deux maladies. Plusieurs excellents observateurs partagent notre manière de voir sur ce point.

M. Besnier, [1] entre autres, déclare que quelques années d'observation à l'Hôpital Saint-Louis, terrain classique de la scrofule, lui ont démontré l'évidence de ce fait.

Si les antécédents héréditaires manquaient chez notre petite malade, à part le tempérament extrêmement lymphatique de sa mère, il y avait chez elle, avec une grande faiblesse congénitale, des manifestations précoces d'un lymphatisme exagéré, sinon même d'une scrofule commençante, se traduisant par des adénites et une dermatose caractéristique. Sur un terrain déjà si bien préparé, vint se développer une coqueluche intense et prolongée, maladie qui précède ou plutôt qui produit si souvent une tuberculose consécutive et terminale. Mais ce n'était pas tout : une cause de haute valeur et d'ordre hygiénique s'ajoutait encore à toutes celles que nous avons énumérées ; nous voulons parler de l'allaite-

[1] Loc. cit., p. 471.

ment défectueux et de la mauvaise alimentation auxquels la petite malade avait été soumise.

Cruveilhier appelait le rhumatisme goutteux, *la goutte des femmes*; Landré-Bauvais le désignait sous le nom de *goutte de l'indigence*. Ces deux dénominations pourraient être confondues en une seule : *la goutte des femmes pauvres*.

Misère et mauvaise alimentation. — Cette maladie, dans les pays tempérés, dispute à la tuberculose les victimes de la misère. Ce ne sont pas seulement les habitations insalubres et humides et le travail exagéré qui provoquent le développement de cette affection, c'est aussi et surtout une alimentation insuffisante. La preuve en est qu'une bonne nourriture est susceptible d'atténuer ou de neutraliser les effets des premières causes. Garrod ne se trompait donc pas en affirmant que la maladie pouvait s'observer dans l'un et dans l'autre sexe et à n'importe quel âge de la vie, car les mauvaises conditions sociales qui lui donnent naissance s'appliquent à tous les âges et aux deux sexes. Or, bien que n'habitant pas une maison basse et humide et n'étant pas sous l'influence des autres conditions anti-hygiéniques inhérentes à la misère, notre petite malade n'était-elle pas, par suite de l'allaitement imparfait et vicieux auquel elle avait été soumise, dans les conditions d'un adulte insuffisamment nourri? L'âge avancé des nourrices, leur changement fréquent, leurs maladies constitutionnelles représentent exactement les éléments négatifs qui, dans la classe indigente, sont le résultat du défaut de ressources.

Cette petite fille, scrofuleuse, affaiblie par la coqueluche, et par un allaitement imparfait, n'était-elle pas

dans des conditions favorables à la transformation du rhumatisme en arthrite déformante ?

Nous sommes convaincu que les cas semblables à celui que nous avons observé seraient moins rares dans notre pays, et que la mauvaise alimentation des enfants nouveau-nés y causerait des ravages irréparables, si ces petits êtres, privés de leur aliment naturel, le lait, ne s'accoutumaient, comme par une grâce providentielle, à la nourriture grossière et indigeste qu'on leur fait prendre prématurément.

Garrod pense que les hémorrhagies abondantes, les grossesses répétées, l'*allaitement imparfait*, toutes causes débilitantes, peuvent par elles seules occasionner l'arthrite déformante. Il attribue à ces causes le développement du rhumatisme noueux, dans un certain nombre de cas seulement, mais il n'admet pas comme certains auteurs, Niemayer entre autres, la préexistence d'une disposition spécifique.

Charcot confirme, avec toute sa compétence, la valeur de cette cause. « On ne saurait contester, dit-il, l'influence de la misère et d'une *mauvaise alimentation* sur le développement du rhumatisme ; les indigents des *workhouses*, en Angleterre et en Irlande, présentent de nombreux cas de rhumatisme noueux, ce qui démontre bien qu'il s'agit là d'une maladie surtout plébéienne, quoique l'opinion contraire ait été soutenue par Haygarth. » [1]

Nous insistons sur l'influence de cette condition étiologique, parce que nous croyons qu'elle se fait sentir aux deux extrêmes de la vie. A beaucoup de points de vue, les prédispositions morbides offrent de

1 Loc. cit., p. 226.

sensibles analogies dans ces deux périodes de l'existence. L'influence de la mauvaise alimentation n'a pas encore été étudiée dans ses rapports avec les causes individuelles prédisposantes du rhumatisme chronique chez les enfants ; et nous appelons sur ce point l'attention des observateurs qui s'occuperont de l'étude de cette affection. Quand on aura ajouté de nouveaux faits à ceux que nous possédons déjà, et réuni une assez grande quantité d'éléments comparatifs pour qu'on puisse en tirer des déductions générales, nous sommes persuadé que la mauvaise alimentation sera comptée au nombre des causes les plus puissantes du rhumatisme chronique des enfants.

Froid. — Parmi les causes extrinsèques de cette maladie, tant aiguë que chronique, se place le froid. Pour ce qui concerne particulièrement le rhumatisme osseux, nous pouvons dire que ce n'est pas l'action brusque du froid qui provoque son développement. Nous ne sommes pas éloigné de croire qu'on a souvent attribué à tort, à l'humidité, des rhumatismes chroniques, alors que la véritable cause était passée inaperçue ou avait été mal recherchée. Si le froid humide ou mieux les habitations basses, peu ventilées, situées sur des terrains humides et mal canalisés constituaient une cause occasionnelle sérieuse de cette maladie, aucun pays, ou pour mieux spécifier, aucune ville ne serait plus exposée aux affections rhumatismales chroniques que celle de Rio de Janeiro où s'observent précisément toutes ces causes d'insalubrité

Les terrains bas, n'ayant pas la pente nécessaire à l'écoulement des eaux pluviales, les rues, les maisons

privées d'air constituent une source permanente d'humidité et une calamité qui afflige, presque sans exception, la classe indigente de la capitale du Brésil. Pourtant, dans une période de quatre années (1869-1872) et sur une mortalité totale de 38,668, c'est à peine si l'on a compté soixante-dix-neuf décès occasionnés par le rhumatisme. Nos statistiques malheureusement ne spécifient pas quelles ont été les diverses formes de la maladie.

Ce que nous disons du peu d'action du froid sur le développement du rhumatisme chronique de l'enfance, Charcot le dit du rhumatisme des vieillards. Il considère comme exagérée l'opinion que Beau soutenait en attribuant à cette cause une influence prépondérante.

Etats morbides divers. — Chlorose. — Certains états morbides agissent, suivant quelques auteurs, d'une manière favorable sur le développement de la polyarthrite déformante. Ainsi, l'érysipèle de la face, la scarlatine, la blennorrhagie, et même la dysménorrhée ont été cités comme causes prédisposantes de la maladie en question.

Musgrave ajoute à ces causes la chlorose et cite plusieurs exemples d'*arthritis e chlorosi* qui, d'après l'opinion autorisée de Charcot, sont évidemment des cas de rhumatisme noueux.

Monneret pense que la chlorose peut exercer une influence défavorable sur la marche du rhumatisme aigu en le faisant passer à l'état chronique et en provoquant l'apparition des lésions caractéristiques de l'arthrite déformante. [1]

1 Loc. cit., tome III., pag. 106.

Avant d'étudier l'influence de cette condition morbide, chez l'enfant, nous allons dire quelques mots de la chlorose avant la puberté.

Sauvages, dans sa *Nosologie*, admet parmi les cinq variétés de la chlorose vraie, qu'il distingue de la fausse chlorose, une *chlorose des enfants*. Un grand nombre d'enfants, selon lui, prennent dès le berceau l'habitude de manger de la terre, de la chaux, etc., et deviennent, pour ce motif, maigres et pâles [1]. Cette aberration, qualifiée par Sauvages d'extra-physiologique, est, cependant, comme le fait judicieusement observer le professeur Parrot, une habitude normale chez la plupart des enfants en bas-âge. Au Brésil, il serait plus naturel d'attribuer à l'hypohémie tropicale les cas de *pica* exagérée observés dans l'enfance. Pour ce qui nous concerne, nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer, en dehors de cette affection, ces perversions si remarquables du goût chez les enfants.

Hufeland, Marshall-Hall, Jolly, Cabaret, Cazin (de Gand) admettent aussi, d'une manière vague, que la chlorose peut être observée dans l'enfance.

Nonat, dans une note adressée à l'Académie de médecine, le 18 octobre 1859, a été le premier qui ait affirmé catégoriquement la fréquence de la chlorose chez les enfants. Il est encore revenu sur cette question, en 1864, et a consacré, dans son *Traité sur la Chlorose*, un chapitre spécial à la chlorose des enfants. Son opinion repose sur soixante-huit cas observés de un à quinze ans et parfaitement authentiques, selon lui, parmi lesquels quarante et un con-

[1] *Nosologie*. Paris. 1771.

cernent des petites filles et vingt-sept des petits garçons [1].

Le professeur Germain Sée admet aussi l'existence, avant la puberté, d'une chlorose due à une altération de la nutrition, qui serait disproportionnée avec le développement de l'organisme.

Nous croyons, avec M. Parrot [2], que la chlorose n'existe pas avant la puberté. Nous n'avons jamais rencontré dans notre pratique un seul cas bien avéré de cette affection, chez les enfants, et le professeur Bouchut partage sur ce point notre manière de voir.

Pour nous, les prétendus cas de chlorose observés par Nonat, n'étaient que des anémies dues à des causes diverses, telles que le lymphatisme, la scrofule, etc. Il s'agissait d'anémies consécutives et non d'une aglobulie essentielle.

De plus, le bruit de souffle que Nonat considère comme pathognomonique de la chlorose, même dans l'enfance, n'a pas été constaté ou plutôt a été formellement nié par MM. Bouchut, West, Parrot et Roger. « Le souffle inorganique, dit ce dernier auteur, c'est-à-dire tenant à la chlorose ou à l'anémie *est très rare chez l'enfant* [3].

Nous nous sommes livré à cette petite digression sur la chlorose de l'enfance, afin de démontrer sa non existence et, par suite, la nullité de son influence sur le développement de l'arthrite déformante. Toutefois,

1 *Traité théorique et pratique de la chlorose, avec une étude spéciale sur la chlorose des enfants.* Paris, 1864, p. 119.

2 *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,* tom. VII. Paris, 1874, art. chlorose.

3 Roger, *loc. cit.*, et J. Chevalier ; *De l'endocardite rhumatismale chez l'enfant.* Thèse de Paris 1877, p. 47.

si l'on voulait admettre avec Nonat, l'extrême fréquence de la chlorose dans l'enfance, il est probable que cette affection exercerait une influence des plus actives sur la production et la marche du rhumatisme noueux, ainsi que cela a été constaté chez l'adulte par Musgrave, Monneret et quelques autres auteurs.

CHAPITRE IV

GÉOGRAPHIE MÉDICALE

Avant de jeter un rapide coup d'œil sur la Géographie médicale du rhumatisme, nous devons tout d'abord déplorer l'imperfection des données statistiques qui existent à cet égard. Pour cette maladie, plus que pour toute autre, on sent combien la climatologie médicale est encore peu avancée.

Lorsqu'on consulte les différents documents dans lesquels se trouvent consignées les données relatives à la fréquence et à la mortalité du rhumatisme, on constate qu'il existe une confusion déplorable entre les diverses formes de cette maladie, les auteurs se bornant à spécifier le rhumatisme articulaire, sans établir la moindre distinction entre la forme aiguë et la forme chronique.

Voilà pourquoi nous nous sommes vu réduit à nous servir pour la rédaction de ce chapitre des chiffres qui concernent la fréquence du rhumatisme articulaire en général.

Si la goutte est une affection à peu près inconnue

dans les climats tropicaux, le rhumatisme chronique noueux, bien qu'étant assez rare, s'observe cependant encore quelquefois.

A Sydney, en Australie, le rhumatisme articulaire s'observe assez fréquemment, d'après le docteur F. Bourse, tandis que la goutte y est plus rare qu'en Angleterre [1]. Y voit-on aussi des cas d'arthrite déformante ? C'est ce que l'auteur ne dit pas.

La goutte est pour ainsi dire inconnue en Algérie, selon le docteur E. Bertherand. Il faut croire qu'il en est de même du rhumatisme chronique, puisque l'auteur n'en parle pas [2].

Au cap de Bonne-Espérance, durant la période de 1822 à 1834, et sur un total de mille six cent quatre-vingt-neuf malades, vingt-neuf seulement furent atteints de rhumatisme. Dix de ces malades appartenaient aux troupes hottentotes et dix-neuf aux troupes européennes [3].

Si le rhumatisme articulaire aigu est excessivement rare aux Antilles, comme l'affirment Dutrouleau [4], Saint-Vel [5], Rufz de Lavison [6] et Chassaniol [7], il ne semble pas en être tout à fait de même de l'arthrite

1 *Contributions à la Géographie médicale* (Australie-Sidney) in *Arch. de med. nav.*, t. II, Paris, 1876, p. 163

2 *Médecine et hygiène des Arabes*. Paris, 1855.

3 Boudin. *Traité de géographie et de statistique médicales, etc.*, Paris, 1857, p. 280.

4 *Dict. encyclop. des sc. médic.*, t. V. Paris, 1866, art. — *Antilles.*

5 *Traité des maladies des régions intertropicales*. Paris, 1868, p. 416.

6 *Chronologie des maladies de la Ville de Saint-Pierre* (*Martinique*) *de l'année* 1831 *à l'année* 1856, in-*Arch. de méd. nav.* t. XII, 1869, p. 139.

7 *Contributions à la pathologie de la race nègre*, in *Arch. de méd. nav.*, t. III, 1865, p. 508.

déformante, que beaucoup d'auteurs ont décrite sous le nom de goutte.

Saint-Vel dit que le rhumatisme chronique est encore plus rare que l'aigu, tandis que Dutrouleau affirme le contraire.

« La goutte, dont j'ai vu plusieurs cas chez des noirs de la classe aisée aux Antilles, dit le docteur Chassaniol, ne s'est jamais présentée à mon observation chez les indigènes en Afrique, même sur le littoral. »

A Tunis, si l'on en croit Rabatel et G. Tiraut [1], c'est la forme chronique qui prédomine.

Dans la Cochinchine française, les affections rhumatismales, tant articulaires que musculaires, sont assez fréquentes, d'après le docteur Richard [2]. Il en est de même à Taïti (île de la Société) [3].

Jourdanet affirme que l'arthrite rhumatismale est peu fréquente au Mexique [4].

Quelques médecins français, Duploüy entre autres, disent que la goutte (ne serait-ce pas plutôt le rhumatisme noueux) est plus rebelle au Chili que partout ailleurs [5].

Les affections rhumatismales sont moins fréquentes au Pérou où domine le rhumatisme musculaire.

1 *Notes médicales recueillies en Tunisie* (Lyon médical., n. 13, t. XVI. 21 juin 1874.)

2 *Essai de topographie médicale de la Cochinchine française,* in *Arch. de méd. nav.*, t. I, Paris, 1864, p. 342.

3 *Contrib. à la géographie médic.* in-*Arch. de med. nav.*, t. IV, 1865, p. 290.

4 *Le Mexique et l'Amérique tropicale.* Paris, 1864, p. 342.

5 *Contrib. à la géographie médic.* in-*Arch. de med. nav.*, t. II, Paris, 1864, p. 107.

Comme nous le disions plus haut, nous n'avons pas encore des éléments suffisants pour faire une étude climatologique complète du rhumatisme. Le professeur Charcot exprime cette idée en disant que la géographie médicale du rhumatisme est encore à faire. On ne possède aucun renseignement précis sur la climatologie du rhumatisme chronique.

Pour ce qui concerne Rio de Janeiro, nous avons déjà dit, après avoir signalé la faible mortalité du rhumatisme aigu, qu'il n'existait pas de documents susceptibles de nous éclairer sur le degré de fréquence de la polyarthrite déformante, et si nous voulions limiter l'étude de cette question à l'enfance, nous serions encore plus embarrassé.

(Voir à la fin de ce travail la *Note du Traducteur* sur la fréquence des différentes formes de rhumatisme, à Bordeaux.)

CHAPITRE V.

I

SYMPTOMATOLOGIE

Il convient d'envisager tout d'abord, dans l'étude de la symptomatologie du rhumatisme chronique, l'évolution que suit cette maladie ; car elle peut revêtir, à cet égard, deux formes distinctes, qui présentent des caractères spéciaux : une forme *lente* et une forme *rapide*. Entre ces deux formes, il en existe d'autres qui sont intermédiaires. Le rhumatisme chronique affecte généralement la forme rapide chez les jeunes gens, de quinze à trente ans ; et c'est cette forme

qui a été observée chez notre petite malade, de même que chez celle du docteur Lewis Smith, dont nous avons déjà parlé.

Dans cette forme, les symptômes généraux sont plus accusés, et l'invasion de la maladie est ordinairement accompagnée des phénomènes de réaction fébrile, qui caractérisent le rhumatisme aigu et subaigu.

C'est en effet ce qui est arrivé chez notre petite malade où l'élévation de la température et la fréquence du pouls ont coïncidé avec l'apparition des douleurs dans les deux premières articulations atteintes.

On observe aussi fréquemment des sueurs abondantes, dans la première période de la maladie.

La fièvre revêt habituellement le type rémittent, avec des exacerbations séparées par des intervalles plus ou moins longs de rémission. Ces exacerbations ont été très marquées chez notre malade et ont coïncidé presque toujours avec l'extension de la maladie à de nouvelles articulations.

Enfin, toute réaction fébrile cesse et on n'observe plus que les désordres anatomiques caractéristiques du rhumatisme noueux.

Quelques auteurs prétendent qu'il s'agit, dans ce cas, d'un rhumatisme aigu, devenu plus tard chronique ; mais M. Charcot admet l'existence d'un *rhumatisme chronique d'emblée*, qui présente dans sa marche quelques-uns des caractères de l'état aigu.

Nous pouvons affirmer que, dans notre cas, la maladie s'est manifestée, les premiers jours, avec tous les caractères propres du rhumatisme aigu. On ne peut donc admettre qu'il s'agissait là d'un rhumatisme chronique d'emblée. Les cas de ce genre sont, croyons-nous, peu fréquents.

Les autres signes qui caractérisent la forme rapide du rhumatisme chronique sont les suivants :

a. — L'envahissement simultané ou successif d'un grand nombre d'articulations et presque toujours d'une manière symétrique ;

b. — La fixité du siége ;

c. — L'intensité plus grande des douleurs articulaires et musculaires ;

d. — L'accentuation plus notable de la tuméfaction et de la rougeur des jointures malades ;

e. — Les rétractions musculaires plus prononcées.

La forme rapide, dont la durée peut varier de un à quatre ans, a un pronostic beaucoup plus grave que la forme lente. En effet, une fois les douleurs disparues, il reste des déformations qui sont le plus souvent incurables. Charcot a eu rarement l'occasion de voir disparaître les déformations osseuses.

Dans la forme *lente* (goutte sénile de Geist) particulière à l'âge avancé, l'invasion de la maladie s'opère d'une manière toute différente : les articulations sont atteintes isolément, l'une après l'autre, et la réaction fébrile est presque nulle. Dans quelques cas même, elle fait absolument défaut.

Les phénomènes douleur, rougeur et tuméfaction, sont beaucoup moins prononcés. La douleur est ordinairement moins vive et la tuméfaction n'existe pas toujours. Si les rétractions musculaires prédominent dans la forme rapide, les déformations osseuses sont plus accentuées dans la forme lente. Le pronostic est cependant moins grave dans ce dernier cas.

Ces deux formes constituent pour Charcot, un type clinique qu'il désigne sous le nom de *rhuma-*

tisme articulaire chronique progressif, à cause de la tendance manifeste de la maladie à se généraliser. Cette dénomination est aussi bien choisie que celles des autres types cliniques qu'il a établis, en se basant sur le caractère de la localisation (*rhumatisme articulaire chronique partiel et rhumatisme de Heberden*).

Nous ne nous occuperons ici que de la première forme du rhumatisme chronique, parce que c'est la seule qu'on observe chez l'enfant. Le rhumatisme chronique partiel est, pour ainsi dire, un privilége de la vieillesse, et il en est de même du rhumatisme de Heberden, dont la nature rhumatismale est du reste contestée par plusieurs excellents observateurs.

Après avoir passé brièvement en revue les phénomènes généraux du rhumatisme chronique, nous allons maintenant étudier les phénomènes locaux caractéristiques de cette affection.

La première période de l'invasion ressemble, ainsi que nous l'avons vu, à celle du rhumatisme aigu et sub-aigu. Comme dans ces derniers, les manifestations articulaires se traduisent par de la douleur, par une rougeur prononcée de la peau et par la tuméfaction des tissus péri-articulaires.

Ces phénomènes, cependant, présentent moins de mobilité que dans le rhumatisme aigu. La *fixité d'emblée* est un des meilleurs signes de la polyarthrite déformante, et c'est souvent le premier indice de la chronicité.

Il est très fréquent d'observer en même temps que les symptômes dont nous venons de parler, et même dès les premiers temps de la maladie, la rétraction spasmodique des muscles, qui donne

naissance aux attitudes vicieuses des membres. Ces mêmes muscles deviennent ordinairement très sensibles et sont le siége de véritables crampes douloureuses, qui paraissent être le résultat de la propagation des douleurs articulaires aux muscles.

Dans quelques cas, la sensibilité reste exagérée jusqu'à une période avancée de la maladie. L'œdème péri-articulaire s'accentue graduellement, gagne en profondeur, et finalement, il se produit des épanchements synoviaux. En même temps, les bourrelets osseux des extrémités articulaires augmentent de volume et les nodosités caractéristiques sont constituées. Souvent les surfaces articulaires n'ont plus entre elles aucun point de contact, et l'on peut observer alors de véritables luxations. Les tissus fibreux se rétractent graduellement, et mettent peu à peu obstacle à la mobilité des articulations. Il arrive souvent que celle-ci est complétement abolie. Le membre reste alors ankylosé dans la demi-flexion (ankylose celluleuse). Nous avons vu que chez notre malade, la rétraction fibreuse était survenue de bonne heure, et avait rendu presqu'absolument impossibles les mouvements articulaires.

Lorsqu'on cherche à faire mouvoir artificiellement ces articulations malades, on perçoit au toucher et même à distance, un bruit de crépitation particulier, qui résulte de la rupture des stalactites ostéophytiques, existant entre les cartilages articulaires et dans leur voisinage.

D'une manière générale, les articulations sont atteintes en raison inverse de leur volume, c'est-à-dire que le mal n'envahit les grandes articulations qu'après avoir frappé les petites. Mais il y a des

exceptions à cette règle, et notre petite malade en est un exemple. Notons encore chez elle cet autre fait rare, du début de la maladie par les jointures des membres abdominaux. Il est de règle, en effet, que le rhumatisme noueux se manifeste d'abord sur les articulations des membres supérieurs.

L'invasion symétrique des articulations est aussi un des caractères de la marche du rhumatisme chronique progressif, et, en cela, il se distingue de la goutte. Cette symétrie s'observe également pour les petites articulations.

Il résulte des observations de Fuller, de Trastour, de Charcot et d'un certain nombre d'autres cliniciens distingués, que certaines jointures, telles que celles de la cuisse et de l'épaule, paraissent jouir, à l'égard du rhumatisme noueux, d'une sorte d'immunité. Cela n'a cependant pas toujours lieu, car il existe quelques cas, rares il est vrai, où ces articulations n'ont pas été épargnées.

M. Charcot a appelé l'attention sur la *marche centripète* des désordres articulaires, qui envahissent presque toujours au début les articulations périphériques et s'étendent ensuite progressivement aux grandes articulations des membres. Ce mode d'invasion s'observe surtout lorsque la maladie a une évolution lente. Dans d'autres conditions, le rhumatisme se généralise dès le début.

Les déformations des membres caractérisent presque toujours la dernière période du rhumatisme noueux.

Les attitudes vicieuses des membres ne sont pas toujours le résultat des lésions osseuses. Elles sont souvent la conséquence des rétractions musculaires

et fibreuses. M. Charcot, en étudiant comme personne ne l'avait fait avant lui, les caractères propres des déformations, a reconnu qu'elles étaient soumises à des lois régulières. Il a établi pour celles des extrémités supérieures deux types distincts, ayant chacun leurs caractères propres.

Le premier type, qui est le plus fréquent, se caractérise suivant cet auteur :

« 1° Par la flexion à angle obtus, droit ou même aigu de la phalangette sur la phalangine ;

» 2° Par l'extension de la phalangine sur la phalange ;

» 3° Par la flexion de la phalange sur la tête des métacarpiens ;

» 4° Par la flexion, à angle moins obtus, des métacarpiens et du carpe sur les os de l'avant-bras ;

» 5° Dans un grand nombre de cas, il existe une inclinaison en masse de toutes les phalanges vers le bord cubital de la main, puis une déviation en sens inverse des phalangines sur les phalanges. »

Dans la première variété de ce premier type, la plupart des caractères que nous avons décrits sont conservés, mais l'extension de la phalangine sur la phalange n'existe pas. C'est cette variété que présentait notre petite malade.

Dans le second type, la déformation des phalanges s'opère en sens inverse de celle du type précédent et la flexion du carpe sur les os de l'avant-bras est un peu plus prononcée.

Notre malade offrait encore cette particularité digne de remarque, que l'articulation phalangienne du pouce était compromise, tandis que l'articulation métacarpo-phalangienne, qui est ordinairement prise, était saine. La seconde phalange était infléchie sur la

première. Ainsi que cela s'observe fréquemment, les articulations du coude et de l'épaule présentaient, au bout de quelque temps, une certaine raideur.

Dans les dernières périodes de la maladie, alors que les douleurs et tous les phénomènes de réaction ont cessé, les muscles livrés à une complète inertie ou rétractés spasmodiquement s'atrophient et leur tissu subit la dégénération graisseuse. La contraction des muscles opposés à ceux qui sont atrophiés donne naissance aux déviations et aux attitudes vicieuses des membres, qui deviennent incurables lorsque la métamorphose régressive a envahi la totalité des muscles atrophiés. Ceux-ci finissent aussi par perdre leur contractilité électrique.

Nous avons vu que notre malade a présenté à une certaine période de sa maladie, une infiltration œdémateuse des jambes, que nous avons attribuée principalement à l'embarras de la circulation sanguine provoqué par une longue immobilité. Charcot a observé souvent chez les vieillards cette infiltration œdémateuse, qui simule l'éléphantiasis. C'est pourquoi il a cru devoir établir, à cet égard, deux formes de rhumatisme noueux : l'une *œdémateuse* et l'autre *atrophique*, dans laquelle prédominent l'atrophie des muscles et l'amaigrissement des parties molles.

Indépendamment des conséquences de la stase sanguine et de l'œdème, les membres abdominaux présentent des déformations, des déviations et des attitudes vicieuses analogues à celles que nous avons décrites pour les membres supérieurs. Le gros orteil, qui est le siége de prédilection des nodosités, est ordinairement dévié en haut et en dehors. Il présentait cette déviation chez notre petite malade.

Dans les articulations tibio-tarsiennes, les lésions déterminées par le rhumatisme donnent naissance à des déviations et à des attitudes qui peuvent simuler quelquefois les différentes modalités du pied-bot (Besnier.)

Les attitudes vicieuses et les déformations des jambes, résultant des désordres articulaires des genoux, étaient chez notre malade ainsi que chez celle du docteur Smith, la reproduction plus ou moins exacte de celles qu'on observe fréquemment chez les vieillards.

Flexion de la jambe sur la cuisse et de celle-ci sur le tronc, saillie des condyles du fémur, principalement du condyle interne, déviation latérale externe de la rotule, telles sont, en résumé, les déformations et les attitudes vicieuses observées chez les deux malades dont nous venons de parler, de même que chez celles qui figurent dans les descriptions classiques de M. Charcot.

Dans les deux cas uniques de rhumatisme noueux chez des enfants en bas-âge, dont nous connaissions l'histoire, l'articulation coxo-fémorale a été épargnée, ainsi que cela a lieu dans l'âge adulte et la vieillesse.

Il existait bien chez notre malade une certaine raideur articulaire, mais elle paraissait être la conséquence de l'immobilité prolongée à laquelle avait été condamnée cette articulation. M. Charcot a, en effet, constaté, chez les malades de la Salpêtrière, que toutes les articulations soumises à une immobilité prolongée, peuvent devenir complétement raides et incapables de fonctionner, sans en excepter celles de la colonne vertébrale. Les malheureux infirmes

sont alors condamnés à rester dans leur lit pendant tout le reste de leur existence. On les voit quelquefois vivre plus de vingt ans dans cette affreuse position.

II

LOCATIONS VISCÉRALES : PERICARDITE & ENDOCARDITE

Nous allons maintenant nous occuper des localisations viscérales du rhumatisme chronique noueux chez les enfants. Parmi ces localisations, nous n'envisagerons que celles des membranes cardiaques, parce que nous ne connaissons pas encore aujourd'hui les lésions de même nature qui peuvent affecter les autres viscères de l'organisme. C'est là une lacune qui ne pourra être comblée que lorsqu'on aura recueilli de nouveaux faits attentivement observés. Qu'il nous soit permis toutefois, avant de passer à l'étude de cette question, de jeter un rapide coup d'œil sur la fréquence et les conditions de développement de la péricardite et de l'endocardite dans l'enfance.

Un fait paraît aujourd'hui accepté par la majorité des médecins qui se consacrent à l'étude de la pathologie infantile : nous voulons parler de la prédisposition des enfants à la péricardite, prédisposition qui est plus accentuée chez eux que chez l'adulte. Hughes [1] allait jusqu'à dire que la première enfance est une condition favorable aux affections du centre circulatoire.

[1] *London Medical Gazette*. Nov. 1844.

Aucune période de l'enfance, à la vérité, ne paraît être à l'abri de la phlegmasie du péricarde. Billard [1] a trouvé sur un enfant de deux jours des adhérences tellement solides entre les deux feuillets du péricarde, qu'il a cru devoir admettre qu'elles représentaient les vestiges d'une péricardite développée pendant la vie fœtale. Ce même auteur, ajoute que sur sept-cents autopsies environ pratiquées à l'Hôpital des Enfants-Trouvés de Paris, il a reconnu l'existence de sept péricardites bien caractérisées. Kerkensteiner, Bednar et Weber ont aussi constaté des péricardites chez des enfants nouveau-nés. Le professeur Tardieu a vu souvent, d'après le docteur Blache [2], des traces de péricardite plus ou moins récente, sur les fœtus et les nouveau-nés qu'il a eu l'occasion d'autopsier dans ses expertises médico-légales. Déjà, en 1826, Sylvain Denis avait signalé la fréquence des plaques laiteuses adhérentes au feuillet viscéral du péricarde des enfants qu'il autopsiait. [3]

Après les travaux de Kreysig, de Bouillaud, de Latham, relatifs à la fréquence des affections cardiaques consécutives au rhumatisme articulaire aigu des adultes, viennent ceux des auteurs qui ont démontré que les enfants étaient plus particulièrement prédisposés aux localisations cardiaques du rhumatisme.

Berton, qui a complété l'œuvre de Billard, fut un des premiers à appeler l'attention des cliniciens sur

1 *Loc. cit.*, p. 624.

2 *Essai sur les maladies du cœur chez les enfants*. Thèse de Paris, 1869, p. 104.

3 *Loc. cit.*, p. 363.

ce fait [1]. Rilliet et Barthez disent avoir rencontré quatre fois la péricardite sur onze cas de rhumatisme articulaire [2]. Baudelocque, qui croyait à l'extrême rareté des affections rhumatismales dans l'enfance, eut l'occasion d'observer durant le premier trimestre de l'année 1833, quatre cas de rhumatisme articulaire aigu. Trois de ces rhumatismes se compliquèrent de péricardite et deux se terminèrent par la mort [3]. Mac-Leod (cité par Blache) a trouvé des signes de péricardite chez la moitié des enfants atteints de rhumatisme, qu'il a eu l'occasion d'observer.

Vieusseux, David et Wells, mentionnés par Puchelt, avaient antérieurement cité des cas de péricardite chez des enfants — cas évidemment liés au rhumatisme. Todd [4] et Churchill [5] ont observé des cas de péricardite chez des enfants en bas-âge. Pour le premier de ces auteurs, cette maladie n'est pas rare dans la première enfance. Galligo pense que l'inflammation du péricarde et de l'endocarde est beaucoup plus fréquente dans l'enfance qu'on ne l'avait cru, et que cette inflammation est presque toujours consécutive à une autre maladie, spécialement au rhumatisme articulaire aigu [6].

Vogel a noté l'existence des localisations cardiaques dans un tiers des cas de rhumatisme aigu observés chez les enfants. Meigs et Pepper [7] admet-

1 *Loc. cit.*

2 *Loc. cit.*, t. I, p. 628.

3 *Gazette médicale de Paris*, 2e série, t. X, 1834, p. 103.

4 *Medical Gazette*. Déc. 25, 1846.

5 *The diseases of children*, 3e édit., Dublin, 1870.

6 *Loc. cit.*, p. 853.

7 *Loc. cit.*, p. 291.

tent aussi que la péricardite peut être observée à toutes les périodes de l'enfance.

West, de son côté, a constaté l'existence de cette affection chez des enfants, même dans des cas de rhumatisme des plus bénins et alors que les symptômes fébriles et les phénomènes locaux ne présentaient aucune gravité. C'est pourquoi, dit-il, toute menace de rhumatisme doit être surveillée avec la plus vive sollicitude chez un jeune sujet, puisqu'une complication aussi sérieuse qu'une maladie du cœur peut accompagner des symptômes généraux du rhumatisme extrêmement légers [1].

L'observation de l'illustre clinicien anglais, ainsi que le fait très bien observer M. Picot, est en opposition, du moins en ce qui concerne l'enfance, avec la loi formulée par Bouillaud pour les adultes, loi d'après laquelle les localisations cardiaques coïncideraient surtout avec le rhumatisme polyarticulaire très intense.

Fuller, qui admet la fréquence des phlegmasies cardiaques rhumatismales dans l'enfance, croit pouvoir expliquer ce fait par une plus grande irritabilité du cœur à cette époque de la vie. D'autres l'attribuent au fonctionnement exagéré de cet organe.

Les cliniciens français de nos jours admettent la prédisposition manifeste de l'enfance aux phlegmasies cardiaques d'origine rhumatismale. Telle est, du moins, l'opinion de MM. Bouchut et Henri Roger. Ce dernier, s'appuyant sur un grand nombre de faits observés par lui, déclare qu'on doit considérer

1 *Loc. cit.*, p. 638.

comme fatale, dans l'enfance, la loi de coïncidence du rhumatisme avec les affections cardiaques [1].

Il suffit, en effet, de fréquenter pendant quelque temps les hôpitaux spéciaux d'enfants pour arriver à la même conclusion que M. Henri Roger. MM. Claisse et Picot qui se sont occupés, dans leur thèse, ainsi que nous l'avons déjà dit, de l'étude du rhumatisme articulaire aigu dans l'enfance, ont recueilli, dans les services de l'Hôpital des enfants de Paris un grand nombre de faits en faveur de cette opinion.

Les considérations que nous venons de présenter sur la *péricardite* de l'enfance peuvent presqu'entièrement s'appliquer à l'*endocardite*. Notons cependant que cette dernière affection est beaucoup plus fréquente que la première. [2] Les nombreuses autopsies pratiquées par Bouchut démontrent pleinement la fréquence de l'endocardite dans les maladies fébriles aigues de l'enfance et particulièrement dans le rhumatisme.

Sur les soixante-cinq cas recueillis par MM. Claisse et Picot à l'Hôpital des enfants, on compte plus de trente-cinq endocardites. La loi établie par M. Roger s'applique surtout à l'endocardite. Il paraît acquis que l'endocardite peut se développer chez tout malade atteint de diathèse rhumatismale et quelle que soit

1 *Archives générales de médecine*, 1868.

2 Les nombreuses autopsies pratiquées par Friedreich, Rauchfuss (de Saint-Pétersbourg) Ferber (de Hombourg) et René Blache (de Paris) démontrent la fréquence assez considérable de l'endocardite durant la vie intra-utérine. Ces auteurs ont constaté, en outre, que la phlegmasie se localise alors de préférence sur le cœur droit, ce qui paraît dépendre de la circulation spéciale du fœtus.

la manifestation par laquelle cette diathèse se révèle. Le professeur Gubler a eu l'occasion d'observer deux cas d'endocardite survenus chez des petits enfants, dont l'un était âgé de six ans, à la suite d'un torticolis. Ces deux observations sont consignées dans la thèse déjà citée du docteur Blache.

Le docteur Archambault a vu un cas d'endocardite et le docteur Martineau deux autres, dans le cours d'un érythème papuleux. Le docteur J. Chevalier, qui cite ces trois faits a pu également recueillir, dans les services de MM. Roger et Archambault, diverses observations de rhumatisme subaigu et bénin, coïncidant avec des endocardites bien caractérisées. Le développement de l'endocardite dans le cours de la chorée, maladie réputée de nature rhumatismale dans la plupart des cas, n'est-il pas un argument de plus en faveur de la thèse énoncée ci-dessus ?

Bright, Copland, Todd, Kirkes, Nairne, Begbie furent les premiers à signaler la corrélation qui existe entre la chorée et les affections cardiaques aigues, et l'endocardite en particulier. Après eux, MM. Germain Sée, Roth, Botrel, Henri Roger et Jules Simon, dans leurs travaux sur la chorée, démontrèrent jusqu'à l'évidence, la fréquence notable de l'endocardite végétante dans le cours de cette maladie, dont ils affirmèrent la nature rhumatismale dans la grande majorité des cas. Cette opinion a été également exprimée par Tackwell, Hillier, Chambers et West, en Angleterre, par Vogel et Romberg, en Allemagne, par Meigs et Pepper, en Amérique. M. Roger a même créé le nom de *chorée cardiaque*, pour désigner les cas dans lesquels cette névrose est accompagnée d'une localisation cardiaque. Il a

réuni soixante et onze cas bien authentiques de cette forme de chorée. La coïncidence de l'endocardite et de la chorée, sans manifestations articulaires rhumatismales, rend évidente l'extrême prédisposition de l'enfance aux affections aiguës du cœur, sous l'influence d'un rhumatisme le plus léger et indépendamment de toute arthropathie.

De ce qui précède nous pouvons conclure :

1° Que la coïncidence de la phlegmasie des membranes cardiaques constitue la *règle générale* dans le rhumatisme articulaire aigu et subaigu de l'enfance ;

2° Que la localisation cardiaque n'est pas en rapport, chez les enfants, avec l'extension et l'intensité des manifestations rhumatismales articulaires ;

3° Qu'une manifestation quelconque de la diathèse rhumatismale peut être accompagnée d'une localisation cardiaque.

Après avoir établi ces lois générales qui président, chez l'enfant, au développement des affections aigues du centre circulatoire, il nous reste à déterminer quel est le degré de fréquence de ces mêmes affections dans le rhumatisme chronique progressif.

Dans l'âge adulte ou plutôt dans la vieillesse (qui est moins prédisposée à ces localisations) les manifestations de cette nature ont été mises hors de doute par un certain nombre d'observations, entre autres par celles qu'a recueillies le professeur Charcot.

Il est possible que la phlegmasie cardiaque survienne dans quelques cas, pendant la période aigue ou subaigue du rhumatisme, lorsque celui-ci ne revêt pas la forme *chronique d'emblée*. MM. Charcot et Cornil, sur neuf autopsies pratiquées par eux, en 1863, constatèrent quatre fois des traces de péricardite.

L'éminent clinicien de la Salpêtrière ajoute à ces observations un cas des plus intéressants observé par le docteur Ch. Mauriac, à l'Hospice des ménages.

Stokes et Adams n'admettent pas la fréquence des localisations cardiaques dans le rhumatisme noueux des adultes.

Quant à l'*endocardite*, elle a été non moins rarement notée par des observateurs tels que Trastour, Beau, Ollivier, Romberg et Charcot. « Le plus souvent, dit ce dernier professeur, il y a eu, chez ces sujets, à une époque antérieure, une attaque de rhumatisme articulaire aigu ; mais j'ai recueilli un assez grand nombre d'observations dans lesquelles l'endocardite s'est développée chez des rhumatisants chroniques, sans que la maladie ait jamais affecté la forme aiguë [1]. ».

La vieillesse, nous l'avons dit, est l'âge le moins sujet à la péricardite et à l'endocardite aiguës, et puisqu'on a observé ces affections chez un certain nombre d'individus atteints de rhumatisme osseux, il est permis d'admettre, par analogie, que les localisations cardiaques ne sont pas rares dans le rhumatisme chronique de l'enfance.

Cette localisation n'a été bien constatée qu'une seule fois sur les neuf cas que nous avons pu réunir dans ce travail. Elle faisait défaut chez la petite malade dont nous avons publié l'observation.

Le cas unique, auquel nous faisons allusion, est celui qui a été recueilli par le docteur Martel dans le service de M. Barthez, à l'Hôpital des enfants. M. Charcot, qui le cite dans son ouvrage [2], le ré-

1 *Loc. cit.*, p. 188.

2 *Loc. cit.*, p. 190.

sume dans les termes suivants : « Chez un enfant de dix ans, atteint de rhumatisme articulaire chronique, on vit se développer une péricardite caractérisée par des bruits de frottement à la région précordiale. Cette affection, du reste, ne persista pas longtemps. Le rhumatisme avait subi une exacerbation pendant la durée de la péricardite ; cet enfant présenta plus tard, à un très haut degré, les déformations caractéristiques du rhumatisme noueux. »

Telle est l'unique observation relative à l'enfance, et dans laquelle on ait noté une inflammation cardiaque, manifestement liée au rhumatisme chronique. Nous devons faire remarquer que la péricardite, dans ce cas, s'est développée à une période encore peu avancée de la maladie, avant que les déformations se soient produites. Il est à croire, en effet, que c'est bien pendant la première phase de la maladie que se manifestent les localisations cardiaques et que plus tard, lorsqu'arrive la période des déformations, on n'en constate plus, dans certains cas, aucune trace. C'est que la péricardite et l'endocardite sont plus susceptibles dans l'enfance qu'à tout autre âge de la vie, d'une guérison rapide et complète.

Quoiqu'il en soit, il est hors de doute que les affections cardiaques peuvent se développer, chez les enfants, sous l'influence du rhumatisme chronique progressif. Quant à la fréquence de ces affections relativement à celle qu'on observe dans le rhumatisme chronique des autres âges, il est impossible de s'en faire une idée. Seuls, de nouveaux faits pourront plus tard éclairer ce point encore obscur de la pathologie infantile.

CHAPITRE VI

—

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il n'a pas encore été fait, à notre connaissance du moins, de recherches microscopiques sur le rhumatisme chronique noueux de l'enfance et cela tient, sans doute, à ce que les quelques cas qui ont été observés jusqu'ici ont tous guéri. Il est certain cependant que les lésions qui caractérisent le rhumatisme chronique des adultes et des vieillards, peuvent exister chez les enfants d'une manière plus ou moins accentuée, ainsi que semblent le démontrer cliniquement les rares cas consignés dans ce travail. A quelque âge que se développe la maladie, le processus inflammatoire présente toujours les deux particularités suivantes : extrême lenteur de son évolution et absence constante de suppuration. Le processus morbide consiste en une néoformation hyperplasique des cartilages diarthrodiaux, de la synoviale et des autres parties constituantes de l'articulation. Il convient toutefois de noter, qu'à côté de ce processus néoplasique, il se produit simultanément un travail régressif, qui se traduit par la désagrégation et l'usure du tissu cartilagineux. Le professeur Billroth compare, avec beaucoup de justesse, l'association de ces deux processus opposés sur un même point de l'organisme à ce qui se passe dans la carie et dans le processus ulcératif en général [1]. L'*hyper-*

[1] *Eléments de pathologie chirurg. génér.*, trad. française. Paris, 1868, p. 593.

plasie et l'*usure* constituent donc les deux processus fondamentaux de la polyarthrite déformante. Toutes les altérations anatomiques caractéristiques de la maladie en sont la conséquence.

Le travail morbide attaque dès le début les cartilages diarthrodiaux et envahit postérieurement et successivement la synoviale, le périoste, l'os, etc. La surface libre des cartilages devient rugueuse et bosselée ; plus tard, le tissu cartilagineux présente une certaine fragilité qui le fait se fragmenter sous forme de fibrilles. A la fin, il se désagrège sur quelques points, en laissant à découvert la surface osseuse sous-jacente. Cependant l'usure complète du cartilage ne se produit qu'à une période très avancée de la maladie, et surtout lorsque les surfaces articulaires ont été soumises pendant toute sa durée à des frottements répétés et à de fortes pressions.

La mince couche osseuse qui se forme sous le cartilage à mesure que celui-ci se détruit, est le résultat, d'après le professeur Rindfleich, d'une ostéite condensante, ostéite que Billroth attribue à l'irritation mécanique produite par le frottement. Une certaine portion des extrémités osseuses peut être progressivement détruite par ce processus : ce qui donne souvent lieu à des déformations et à des luxations irréparables. A mesure que cette usure cartilagineuse et osseuse se produit, la néoformation hyperplasique s'avance graduellement vers la périphérie des cartilages diarthrodiaux ; les végétations s'infiltrent de sels calcaires et les ostéophytes sont constitués.

Un processus identique s'observe du côté de la synoviale. Elle commence par se vasculariser ; ses franges augmentent de volume, de nouveaux appen-

dices villeux sont formés et les cellules cartilagineuses qui existent normalement dans ces appendices (cellules de Kolliker) se segmentent. Le liquide synovial cependant n'augmente pas ordinairement. Aux deux périodes extrêmes de la maladie, les altérations propres de la synoviale ne peuvent être nettement constatées sur le cadavre, soit parce qu'elles ont déjà disparu, dans la période ultime du mal, soit parce qu'elles ne sont pas assez accentuées, à son début.

Les autres parties constituantes de l'articulation sont également atteintes dans le cours de la maladie. La néoformation hyperplasique envahit aussi le périoste, les ligaments, les tendons et les muscles eux-mêmes. Les végétations dont ils sont recouverts s'infiltrent de sels calcaires, et acquièrent quelquefois un développement considérable. Billroth [1] a décrit avec beaucoup de détails les caractères de ces ostéophytes péri-articulaires. D'après cet éminent observateur, ils sont lisses et arrondis et proviennent d'une substance liquide et dense, qui se répand dans l'articulation et se solidifie à mesure qu'elle est exhalée. Ces ostéophytes sont constitués, selon ce même auteur, par du tissu osseux compacte et non poreux.

L'étude histologique de ces lésions articulaires démontre jusqu'à l'évidence que le processus morbide consiste, ainsi que nous l'avons déjà dit, en une prolifération cellulaire des tissus cartilagineux et fibreux. Les cellules des cartilages se segmentent et se multiplient ; les capsules primitives augmentent de dimension et il se forme dans leur intérieur des cap-

[1] *Loc. cit.*, p. 594.

sules secondaires. D'après Cornil et Ranvier[1], le plus souvent ces capsules secondaires forment des groupes enveloppés eux-mêmes de capsules communes et ces groupes sont englobés par la capsule primitive. L'augmentation du nombre des cellules prend quelquefois des proportions considérables. Rindfleisch en a compté jusqu'à vingt, contenues dans une même capsule primitive.

Quand les capsules primitives de la surface se sont distendues, elles éclatent et s'ouvrent dans la cavité articulaire. Les capsules situées plus profondément s'ouvrent les unes dans les autres. La substance fondamentale du cartilage s'amincit et se transforme en un tissu *vésiculeux* (Rindfleisch) extrêmement fragile et auquel les capsules cartilagineuses augmentées donnent seules une certaine consistance.

Le tissu cartilagineux ainsi modifié se divise en filaments fibrillaires qui sont, pour la plupart, perpendiculaires à la surface de la jointure. La faible résistance de ces filaments explique leur facile destruction sur les points où la pression et le frottement articulaire se font surtout sentir. Ce processus aboutit, en beaucoup de cas, à la dénudation de la surface osseuse. Toutefois, ce double travail de prolifération et de régression est, ainsi que nous l'avons dit, essentiellement lent. C'est à la multiplication des cellules cartilagineuses existant normalement dans la membrane synoviale qu'est due la formation du tissu cartilagineux dans ses franges et la production de corps étrangers sessiles ou pédiculés dans la cavité articulaire.

[1] *Manuel d'histologie pathologique*, Paris, 1869, p. 416.

Par un mécanisme analogue à celui qu'on observe dans l'ostéite, il se produit une lame osseuse compacte sous le cartilage détruit. Les cellules voisines du tissu osseux se segmentent, les capsules primitives se rompent et viennent finalement se vider dans les espaces médullaires de l'os. La transformation successive de ces cellules embryonnaires en corpuscules osseux donne naissance à la *lame éburnée*. En s'agrandissant, les capsules profondes gagnent du côté de l'os et déterminent la résorption de la couche calcifiée.

Le processus de l'*éburnation* est donc analogue à celui de l'ostéite *condensante* de Rindfleisch ou *productive* de Ranvier.

Billroth croit que l'éburnation est la conséquence de l'irritation inflammatoire produite par le frottement. Cornil et Ranvier pensent que l'inflammation peut quelquefois se propager directement au tissu spongieux et déterminer une éburnation inflammatoire. Cela doit, en effet, se produire lorsqu'une nouvelle lame osseuse vient remplacer celle qui a été usée par les mouvements articulaires. Il est possible que l'irritation provoque, dans ce cas, une inflammation directe du tissu spongieux sous-jacent.

Quant aux ligaments interarticulaires, aux ménisques, etc., ils s'usent et disparaissent, d'après Charcot, par un mécanisme analogue à celui qui détruit les cartilages.

L'ankylose celluleuse est, dans le plus grand nombre des cas, le résultat de toutes ces altérations intra et extra-articulaires. L'ankylose osseuse est ici extrêmement rare : tous les observateurs sont d'accord sur ce point. Nous ne croyons pas qu'elle

puisse être observée chez l'enfant. Le processus irritatif n'atteint les limites ultimes de son évolution que dans la forme *partielle* du rhumatisme chronique et cette forme n'a pas encore été vue chez l'enfant. Dans le rhumatisme chronique partiel, les végétations, l'usure, l'éburnation, la raréfaction osseuse, etc., prennent des proportions considérables.

L'examen du sang dans le rhumatisme chronique des adultes n'a donné lieu, jusqu'à ce jour, à aucune particularité digne d'être notée. Les recherches faites par Charcot, dans le but de découvrir la présence de l'acide urique dans le sang et dans la sérosité articulaire, ont abouti à un résultat négatif. Cet auteur n'a pu constater la moindre quantité de cette substance chez trente-cinq malades atteints de rhumatisme chronique.

La constitution du sang se modifie nécessairement à une période avancée de la maladie, car on constate alors cliniquement l'existence à peu près constante d'une anémie plus ou moins accentuée.

Chez notre petite malade, la sécrétion urinaire fut considérablement augmentée durant la période régressive du rhumatisme. Les urines laissaient déposer au fond du vase une abondante couche de phosphates alcalins et terreux et se décomposaient très rapidement.

De nouvelles recherches viendront, sans doute, éclairer ce point encore insuffisamment étudié de l'histoire du rhumatisme chronique.

CHAPITRE VII

—

DIAGNOSTIC

Le rhumatisme chronique noueux est une affection dont le diagnostic n'est pas absolument difficile, maintenant surtout qu'on a étudié avec attention la nature des altérations articulaires, la manière dont elles se développent, ainsi que les déviations et les attitudes vicieuses qui en sont la conséquence.

Il existe cependant quelques affections qui présentent avec le rhumatisme chronique noueux une certaine analogie apparente, susceptible à première vue, de donner lieu à une confusion. Parmi ces affections figure tout d'abord la *goutte*. Toutefois, l'examen attentif des arthropathies, les phénomènes généraux qui les accompagnent, l'âge des malades, etc., facilitent le diagnostic. Pour être complet, nous allons résumer rapidement les signes caractéristiques qui permettent de distinguer cliniquement ces deux entités morbides.

La goutte est, sans conteste, une des maladies les plus rarement observées avant l'âge de la puberté et nous ne connaissons pas un seul cas bien authentique de cette affection dans la première enfance.

Au Brésil, la goutte étant à peu près inconnue, on aurait encore moins de chances d'en rencontrer un cas chez l'enfant.

Quant au rhumatisme chronique, les faits que nous avons publiés démontrent qu'il peut atteindre des enfants en bas âge.

La goutte a une prédilection manifeste pour le sexe masculin, d'après les statistiques de tous les pays où elle est observée. Le rhumatisme chronique, au contraire, attaque de préférence le sexe féminin.

La goutte frappe indistinctement les individus forts et robustes et les individus faibles, tandis que la polyarthrite déformante est, ainsi que nous l'avons déjà dit, une affection inhérente à la misère, dont elle est une conséquence.

La première de ces affections règne presqu'exclusivement dans les hautes sphères sociales et semble être le plus souvent liée à l'hygiène alimentaire de la classe riche. La seconde, au contraire, est le résultat de privations de toutes sortes, principalement d'une mauvaise alimentation. L'une attaque, en général, de préférence les petites articulations, celle du gros orteil, en particulier; l'autre se porte simultanément sur les grandes et les petites articulations.

La présence des *tophus* est, selon Charcot, un caractère spécifique de la goutte. Lorsque les nodosités rhumatismales perforent la peau, la partie découverte est constituée par du tissu osseux et non par des concrétions tophacées.

Le mode de développement de la goutte est caractéristique et diffère essentiellement de celui de la polyarthrite déformante. Les premières attaques de la goutte consistent en crises périodiques plus ou moins éloignées; la polyarthrite déformante, ou succède à une manifestation aiguë du rhumatisme, ou se présente sous la forme chronique d'emblée, mais toujours, sans interruptions. On peut noter, il est vrai, des exacerbations fébriles, mais la marche de l'affection est essentiellement lente et progressive.

La goutte peut affecter plusieurs articulations, et donner naissance à des rétractions musculaires analogues à celles du rhumatisme chronique; mais l'uniformité et la symétrie des artropathies, la nature des nodosités, l'ankylose celluleuse, la rigidité articulaire, etc., dissiperont tous les doutes sur le diagnostic.

La principale difficulté du diagnostic apparaît, ainsi que le fait très bien observer M. E. Besnier [1], lorsqu'il s'agit de distinguer un cas de *goutte sans tophus* d'un cas de *rhumatisme chronique sans ostéophytes*. Dans ce cas, l'âge, les conditions sociales du malade, le développement et la marche de la maladie, les antécédents héréditaires, etc., devront guider le praticien. Les localisations viscérales de la goutte constituent aussi un élément important du diagnostic, surtout lorsque ces localisations affectent le centre circulatoire et l'appareil rénal.

Les localisations cardiaques de la goutte et de l'arthrite déformante présentent des caractères distincts : les altérations anatomiques imprimées au cœur par la goutte consistent en une dégénérescence graisseuse des fibres musculaires de cet organe; tandis que dans le rhumatisme chronique noueux, les lésions cardiaques sont essentiellement inflammatoires, portent surtout sur le péricarde et n'affectent que consécutivement le tissu musculaire (Charcot).

Les altérations des reins sont extrêmement fréquentes dans la goutte, où elles sont pour ainsi dire, la règle. Au contraire, la néphrite albumineuse n'a été constatée, à la Salpêtrière, par MM. Charcot et Cornil, que dans des cas très anciens de rhumatisme

[1] *Loc. cit.*, p. 694.

chronique. Nous ne croyons pas qu'on ait jamais observé de pareilles altérations chez l'enfant.

Les désordres gastriques de la goutte que M. Charcot a si bien décrits et qui constituent une des localisations les plus fréquentes de cette maladie, ne s'observent pas dans la polyarthrite déformante.

Nous résumons dans le tableau suivant les caractères distinctifs de ces deux affections :

Goutte.	**Rhumatisme noueux.**
Inconnue dans la première enfance;	Rare dans l'enfance, mais beaucoup moins cependant que la goutte;
Affecte surtout le sexe masculin;	Affecte surtout le sexe féminin;
Atteint ordinairement les individus forts et robustes;	Se développe de préférence chez les individus débiles et affaiblis;
Est particulière aux classes aisées et aux individus qui abusent des plaisirs de la table;	Atteint ordinairement les indigents qui sont victimes d'une mauvaise alimentation;
Se fixe, de préférence, sur les petites articulations;	Envahit simultanément les grandes et les petites articulations;
Marche sujette à des intermittences;	Marche lente et progressive;
Les nodosités périarticulaires sont constituées par des concrétions tophacées;	Les nodosités osseuses font corps avec les tissus articulaires;
Présence de l'acide urique dans le sang et dans la sérosité;	Absence d'acide urique dans les liquides de l'organisme;

Goutte. (Suite.)	Rhumatisme noueux. (Suite.)
Localisations cardiaques limitées au tissu musculaire;	Localisations cardiaques essentiellement inflammatoires et fixées primitivement sur les membranes cardiaques;
Troubles gastriques caractéristiques;	Absence de troubles gastriques;
Lésions rénales presque constantes.	Lésions rénales beaucoup plus rares et plus tardives.

On ne saurait confondre les *arthrites chroniques* qui se développent sous l'influence de la scrofule, affection assez commune dans l'enfance, avec les arthropathies du rhumatisme chronique progressif. Les nombreux chirurgiens qui se sont occupés des affections chirurgicales des enfants, comme Holmes et P. Guersant, n'attribuent pas à cette diathèse seule, la production immédiate de l'arthrite; ils pensent qu'une cause traumatique est en outre nécessaire pour provoquer le développement des lésions articulaires. Ces lésions sont ordinairement limitées à une grande articulation unique, à celle du genou surtout, et n'attaquent que très exceptionnellement les petites articulations. Dans l'arthrite chronique, le processus inflammatoire paraît avoir ordinairement son point de départ dans le tissu osseux. Dans la polyarthrite déformante, la lésion primitive siége sur les cartilages diarthrodiaux et se propage ensuite au tissu osseux.

La suppuration, qui est immanquable dans l'arthrite scrofuleuse, ne se produit jamais dans le rhumatisme noueux. D'autres signes locaux de l'arthropathie scro-

fuleuse rendent encore plus facile le diagnostic différentiel. Les fongosités périarticulaires, les abcès, les fistules droites ou tortueuses, par lesquelles s'éliminent souvent des séquestres osseux, constituent aussi un élément de grande valeur. La douleur, qui précède toujours pendant un certain temps les lésions articulaires de l'arthrite chronique scrofuleuse, caractérise d'une manière tellement tranchée cette affection, qu'il est presqu'impossible de la confondre avec la polyarthrite déformante.

La *périostite phlegmoneuse*, décrite par Schutzenberger (de Strasbourg), et si bien étudiée par Giraldès [1], présente encore moins de ressemblance avec la maladie qui nous occupe. Comme l'arthrite scrofuleuse, elle est asymétrique, siége sur un seul membre et reconnaît aussi pour cause déterminante le traumatisme. De plus, le siége de la douleur, au-dessus ou au-dessous de l'articulation, la grande étendue de l'œdème, qui simule une lymphangite, les vastes abcès profonds, la suppuration prolongée ne sauraient laisser subsister aucun doute dans l'esprit du praticien.

Avant 1831, on croyait généralement que certaines arthropathies d'origine mal connue, étaient de nature rhumatismale, lorsque Mitchell, éminent chirurgien américain, chercha à démontrer que ces altérations articulaires étaient dues à une lésion médullaire [2].

L'intéressant travail de Mitchell resta cependant oublié jusqu'en 1868. C'est alors seulement, trente-

1 *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants.* Paris, 1869, p. 588.

2 *American journal of the medical sciences*, V. VIII, 1831, p. 55.

sept ans après, que M. Charcot [1] et Benjamin Bell [2] cherchèrent à démontrer que des lésions cérébrales et médullaires pouvaient, en dehors de toute autre cause, donner naissance à de véritables arthropathies. Les études ultérieures de M. Charcot et les recherches de Benjamin Bell, Joffroy, Blum, Gombault, Berret, Mitchell fils, Chiffort, Albutt et Rosenthal ont successivement confirmé, sur ce point, le résultat des premières observations.

Ces arthropathies ont été surtout étudiées dans leurs rapports avec la sclérose postérieure de la moelle et l'atrophie musculaire progressive. L'ataxie locomotrice progressive a ordinairement, ainsi qu'on le sait, un début très obscur, et se révèle, avant de présenter quelque autre trouble caractéristique, par des douleurs vagues, erratiques, se fixant quelquefois sur les articulations et simulant des douleurs rhumatismales. A côté de cette marche insidieuse de la maladie et de certains phénomènes morbides mal accentués, on peut voir apparaître, dans quelques cas, des lésions articulaires dont la véritable nature peut passer inaperçue. Entre vingt et cinquante ans, c'est-à-dire à l'âge où se développe ordinairement l'ataxie locomotrice, la présence de ces arthropathies qui s'observent ordinairement au début de la maladie et coïncident avec un certain nombre d'autres symptômes mal définis, probablement d'origine rhumatismale (Rosenthal), apportera quelque difficulté dans

1 *Sur quelques arthropathies qui paraissent dépendre d'une lésion du cerveau et de la moelle épinière.* — Archives de physiologie, t. I, Janvier 1868.

2 *On diseases of the Joints connected with locomotor ataxy.* Medical Times and Gaz., oct. 31, 1868.

leur diagnostic différentiel avec la polyarthrite déformante.

La confusion entre ces deux maladies ne saurait avoir lieu chez les enfants. L'ataxie locomotrice est, en effet, une affection extrêmement rare dans la seconde enfance et nous ne croyons pas qu'elle ait été encore observée dans la première. Duchenne (de Boulogne) en a vu un cas chez une fille de dix-huit ans. Rosenthal dit n'avoir jamais observé l'ataxie dans l'enfance [1].

Les auteurs qui se sont spécialement occupés de la pathologie de l'enfance ne mentionnent même pas cette maladie. Nous déclarons, pour notre part, ne l'avoir jamais observée chez l'enfant, pas même aux approches de la puberté.

Le mode de développement des altérations articulaires, leurs caractères anatomiques, leur marche, etc., fourniront encore des éléments précis pour établir le diagnostic. Les désordres articulaires de l'ataxie se développent rapidement, sans prodromes, sans réaction fébrile; les grandes articulations sont plus souvent atteintes que les petites. La tuméfaction considérable dont l'articulation malade est le siége est le résultat d'un vaste épanchement synovial et de l'œdème concomitant. La couleur de la peau est normale. L'absence de douleur fait que l'articulation conserve une certaine mobilité. M. Charcot a vu des malades qui marchaient et se servaient de leurs membres sans beaucoup de peine. La marche des lésions est assez rapide. Les luxations et les dévia-

[1] *Traité clinique des maladies du système nerveux.* Trad. franc. Paris 1878, p. 378.

tions des membres se produisent au bout de peu de temps. L'articulation reste indolore même à une période avancée de la maladie, ce qui est un élément important de diagnostic. Blum cite des malades chez lesquels des luxations se produisaient et se réduisaient sans qu'il en résultât la moindre douleur.

Les particularités de l'arthropathie ataxique que nous venons de décrire rendent impossible la confusion de cette maladie avec le rhumatisme chronique.

Les désordres articulaires consécutifs à l'*atrophie musculaire progressive* se distinguent encore plus facilement des arthropathies rhumatismales. Il n'est pas douteux aujourd'hui que l'atrophie musculaire progressive affecte l'enfant aussi bien que l'adulte, ainsi que le prouvent les observations de Duchenne (de Boulogne), de Hammond et de quelques autres auteurs. Mais ces mêmes observateurs ont fait remarquer que la maladie se présente alors sous une forme distincte de celle qu'elle revêt chez l'adulte. Dans ce cas, les muscles de la face sont les premiers atteints ; puis viennent ceux des membres supérieurs, et ce n'est que plus tard, après un temps assez variable, que le mal envahit les membres abdominaux.

La coïncidence des arthropathies avec les atrophies musculaires de la face et des bras et les caractères propres de ces altérations articulaires, analogues à celle de l'ataxie, ne laissent pas le moindre doute dans le diagnostic.

D'ailleurs, nous ne sachions pas qu'on ait encore rencontré une seule fois ces arthropathies chez l'enfant concurremment avec une atrophie musculaire pro-

gressive. Les travaux les plus récents de Duchenne (de Boulogne) n'en font aucune mention. [1]

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC

On peut dire que le rhumatisme noueux est le véritable *chemin de la croix* des médecins, tant cette affection est rebelle aux médications les plus héroïques et tant sont tardifs les résultats obtenus, quand on en obtient.

La grande difficulté du traitement provient souvent du défaut de persistance du malade, qui se laisse aller au découragement et ne croit pas à la possibilité d'une amélioration résultant d'une médication longtemps continuée.

Peu de malades, il est vrai, suivent d'une manière complète les différents traitements qui leur sont conseillés. Ils ne font en général que des essais et abandonnent promptement un remède, dès qu'il ne produit pas en peu de temps l'amélioration qu'ils en attendaient. Or, il n'y a pas de guérison possible, dans cette maladie, sans une grande persistance dans l'emploi du traitement suivi. Le défaut de patience des malades rend souvent difficile, pour ne pas dire impossible, la cure radicale du rhumatisme noueux. La confiance est un bon auxiliaire du traitement. La situation du malade, son âge et diverses autres con-

[1] *De l'électrisation localisée*, 3e Édition. Paris, 1872.

ditions individuelles doivent aussi entrer en ligne de compte dans le pronostic.

Ce pronostic sera beaucoup moins défavorable chez l'enfant que chez les vieillards. Les malades de la classe indigente, qui habitent des lieux humides et bas, des maisons mal ventilées et construites en dépit de toutes les lois de l'hygiène, qui se nourrissent mal et d'une manière insuffisante, sont aussi dans de mauvaises conditions pour guérir.

Bien que la polyarthrite déformante soit une affection essentiellement tenace, nous sommes convaincu qu'on peut retirer, dans l'enfance, d'excellents résultats d'une thérapeutique rationnelle instituée dès le début du mal.

Les obstacles à la guérison sont ici beaucoup moins nombreux que dans les autres âges, et il est prouvé, en outre, que cette affection n'atteint jamais chez l'enfant la période ultime de son évolution. Le pronostic est donc, d'une manière générale, moins défavorable à cet âge que dans l'âge adulte ou dans la vieillesse.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Nous ne nous occuperons pas du traitement de la période subaiguë qui précède quelquefois le développement des lésions caractéristiques du rhumatisme noueux. Nous allons passer tout de suite à l'étude des différents agents thérapeutiques qui ont été employés

contre le rhumatisme chronique. Nous insisterons particulièrement sur ceux dont l'efficacité nous paraît réellement démontrée ou dont l'emploi est encore peu connu.

Médication iodée. — Magendie paraît être le premier médecin qui ait introduit l'iode dans la thérapeutique du rhumatisme.

Au nombre des manifestations de cette diathèse. contre lesquelles l'illustre physiologiste a essayé les préparations iodées, figure le rhumatisme chronique. Il prescrivait l'iodure de potassium à la dose de deux à quatre grammes par jour.

Après Magendie, Bonnier proposa aussi l'emploi de l'iodure de potassium ; mais seulement à la dose de 25 centigrammes par jour.

Montault avait déjà, en 1829, publié plusieurs observations sur l'emploi de l'iode dans le traitement de la goutte et du rhumatisme [1].

Plusieurs essais successifs des préparations iodées ont été faits depuis cette époque dans le rhumatisme chronique, mais les résultats n'ont pas toujours répondu aux espérances que les praticiens avaient fondées sur cette médication. C'est ainsi que le professeur Forget (de Strasbourg), après avoir expérimenté pendant deux ans l'iodure de potassium dans le rhumatisme chronique, déclara, en 1843, qu'il n'en avait retiré que de médiocres résultats.

En 1850, la publication de nouvelles observations attira encore l'attention des médecins sur la médication iodée, dans le rhumatisme chronique. Massart

[1] *Observations sur l'emploi de l'iode dans le traitement de la goutte et du rhumatisme.* Journal général de médecine, t. CVII, 1829.

signala à l'Académie de médecine de Paris de nouveaux faits en faveur de l'iodure de potassium dans cette maladie [1]

En 1852, Lasègue, alors interne de Trousseau, fit ressortir les bons effets de la teinture d'iode employée à l'intérieur, dans certains cas de polyarthrite déformante. Ces premiers essais furent peu de temps après confirmés par Delioux de Savignac qui publia la relation de deux cas de rhumatisme chronique, guéris par l'emploi, à l'intérieur, de la teinture d'iode additionnée d'iodure de potassium, selon la formule suivante : *Potion gommeuse*, 100 grammes ; *teinture d'iode*, 75 centigrammes ; *iodure de potassium*, 5 centigrammes. La dose de la teinture d'iode fut graduellement portée à 1 gr. 50 cent.

On obtint des résultats identiques dans un certain nombre d'autres cas, où d'autres remèdes avaient échoué. L'auteur interprète ces guérisons de la façon suivante : « Il est fort difficile de s'expliquer son mode d'action en pareil cas. Cependant, on ne peut s'empêcher de rapprocher de son influence sur le rhumatisme articulaire et sur la goutte les gonflements d'articulation que les traitements iodiques pour d'autres maladies ont déterminés chez certains sujets..... Cette action physiologique élective sur les articulations devient-elle à l'occasion une substitution thérapeutique ? C'est une explication, mais elle n'est pas de nature à satisfaire tous les esprits. » [2]

1 *Iodure de potassium contre le rhumatisme chronique.* Bulletin de l'Académie de médecine de Paris. 1850-1851. t. XVI, p. 578.

2 *De l'iode dans le traitement du rhumatisme, de la goutte, des crampes et des contractures.* Bulletin général de thérapeutique, t. XLIX. Paris, 1855.

L'action de la teinture d'iode contre le rhumatisme noueux fut plus tard particulièrement vantée par le professeur Lasègue, qui, en continuant ses premiers essais, était parvenu à réunir plusieurs cas bien tranchés de polyarthrite déformante guéris par ce moyen. Ces cas furent publiés dans les *Archives générales de médecine.* [1] La dose de teinture administrée par Lasègue fut élevée progressivement de huit à dix gouttes, deux fois par jour, à 5 et 6 grammes, qu'il faisait prendre au moment des repas, délayés dans un peu d'eau ou de préférence dans du vin d'Espagne qui masque mieux la saveur de l'iode. Il n'observa dans aucun de ces cas les phénomènes de l'iodisme, ni l'amaigrissement progressif. Les malades ne montrèrent jamais aucune répugnance pour ce médicament, malgré l'usage prolongé qu'ils en firent. [2]

Ce médicament, d'après Trousseau, n'exerce pas une action spécifique sur le rhumatisme chronique, parce que son efficacité n'est pas constante. C'est un modificateur favorable de la nutrition, susceptible, dans certains cas, d'exercer une influence indirecte sur l'arthropathie. [3] Le temps s'est chargé de confirmer cette appréciation de l'illustre clinicien de l'Hôtel-Dieu. Les nombreux insuccès constatés par les praticiens de tous les pays ont en effet démontré que la teinture d'iode était bien loin d'avoir les pro-

[1] *Arch. génér. de médecine*, 1856, t. VIII, 5e série.

[2] Nous avons fait prendre pendant près de six mois à un malade atteint de syphilis cérébrale 5 grammes d'iodure de potassium par jour et nous n'avons jamais remarqué chez lui aucun phénomène d'intolérance. L'appétit a toujours été excellent et le malade, loin de maigrir sous l'influence de ce régime, nous a semblé au contraire prendre de l'embonpoint. (*Note du traducteur.*)

Clinique médicale, t. III. Paris, 1868, p. 384.

priétés curatives qui lui avaient été attribuées dans le principe. Nous ne voulons pas dire cependant qu'elle doit être proscrite de la thérapeutique de la polyarthrite déformante, car la plupart des malades la supportent sans accidents et nous avons même constaté cette tolérance chez l'enfant. Dans une affection telle que celle que nous étudions, aucun médicament ne peut ni ne doit être rejeté par ce seul motif qu'il n'est pas spécifique, puisqu'on n'en connaît aucun qui puisse prétendre à ce titre.

Chez notre petite malade, la médication iodée ne produisit aucune amélioration, mais elle fut inoffensive. Nous pûmes lui faire prendre impunément, malgré son jeune âge, de la teinture d'iode. Comme le rhumatisme chronique atteint ordinairement des enfants profondément scrofuleux, on peut, sans aucun doute, leur administrer avec avantage les préparations iodées; car, alors même qu'elles n'exerceraient aucune action favorable sur les arthropathies, elles serviront toujours à modifier l'état constitutionnel des malades, qui est un véritable obstacle à la résolution du mal.

C'est dans ces conditions que nous avons cru devoir mettre à profit l'*huile de foie de morue*, qu'un grand nombre d'auteurs conseillent dans le rhumatisme articulaire chronique.

En 1843, le professeur Forget (de Strasbourg), dont la pratique était assez considérable, disait n'avoir retiré aucun avantage de l'administration de l'huile de foie de morue dans cette affection. Il prétendait qu'elle était difficilement acceptée par les malades et que ceux qui consentaient à en faire usage, manifestaient au bout de très peu de temps une répu-

gnance invincible pour ce médicament. Sur dix malades de Forget, qui voulurent bien se soumettre à l'usage prolongé de l'huile de foie de morue pendant plusieurs mois, aucun n'en retira des résultats manifestement favorables [1].

Cette condamnation en règle de l'huile de foie de morue ne nous paraît pas justifiée. Tous les médecins qui soignent des enfants savent que ce médicament est, en général, parfaitement bien toléré par eux. S'il n'exerce pas une action spécifique sur le rhumatisme noueux, il peut cependant rendre d'excellents services dans cette maladie, soit comme succédané des préparations iodées, soit comme tonique modificateur de la nutrition.

Ainsi que l'a fait observer Trousseau, il existe encore aujourd'hui un complet désaccord entre les médecins, relativement à la valeur thérapeutique de l'huile de foie de morue dans le rhumatisme chronique. Selon Muller, ce médicament, loin de convenir dans tous les cas de rhumatisme, serait seulement applicable à deux variétés toutes spéciales de cette affection : 1° le rhumatisme musculo-fibreux, reconnaissant pour causes la misère, l'hérédité et la diathèse scrofuleuse ; 2° le rhumatisme fibreux, développé sous l'influence d'un séjour prolongé dans des lieux humides et froids [2].

Dans ces deux formes de rhumatisme, ce médicament n'agirait encore, selon Trousseau, que d'une manière indirecte, non en s'attaquant à la diathèse

[1] *Bulletin général de thérapeutique.* Paris, t. XXV, 1843, p. 7.

[2] *Traité de thérapeutique,* t. I, 8e édition, Paris, 1868, p. 352 et *Bulletin de la Société de médecine pratique,* 1851-1852.

rhumatismale elle-même, mais en modifiant préalablement la constitution détériorée et en améliorant la nutrition.

Préparations arsenicales. — Jenkinson (de Manchester), Bardsley [1], Kellie [2], Begbie [3], Fuller [4], et Garrod [5], en Angleterre; Beau [6], Guéneau de Mussy [7], et Charcot [8], en France, ont conseillé l'emploi de l'arsenic dans le rhumatisme chronique et particulièrement dans l'arthrite déformante. M. Guéneau de Mussy surtout a beaucoup insisté sur la valeur de ce médicament. Cet éminent clinicien n'administre l'arsenic à l'intérieur que lorsque les bains arsénicaux sont contre-indiqués ou que les malades ne peuvent les prendre. Dans le premier cas, il donne la préférence à la liqueur de Fowler où à une solution d'arséniate de soude. Le traitement par les bains varie selon le caractère de la maladie. Quand elle affecte la forme franchement chronique, il prescrit des bains contenant en dissolution : *sous-carbonate de soude,* 100 à 150 grammes; *arséniate de soude,* 1 à 8 grammes. En même temps, il fait

1 *Medical Reports.* London, 1807.

2 *Edimb. med. and Surg. Journ.*, 1808.

3 *Edimb. med. and Surg. Journal*, 1858.

4 *Loc. cit.*

5 *La Goutte, sa nature, son traitement et le rhumatisme goutteux, trad. franc.*, Paris, 1867.

6 *Traitement de l'arthrite noueuse par l'acide arsénieux à l'intérieur. in Gaz. des hop.*, Paris, juillet 1864.

7 *De l'emploi des bains à l'arséniate de soude contre le rhumatisme noueux.* In *Gaz. des hôp.*, août 1861. — *Du traitement du rhumatisme noueux par les bains arsénicaux.* In *Bull. génér. de thérap., sept.* 1863. *Leçons sur le rhumatisme chronique.* In *Gaz. des hop.*, janv. et fév. 1873.

8 *Loc. cit.*, p. 246.

prendre, chaque jour, à l'intérieur de 0,24 à 0,75 centigrammes *d'iodure de potassium* et de 0,50 centigrammes à 1 gramme d'*extrait de quinquina*, soit en pilules, soit en potion.

Ces médicaments sont pris, à petites doses, avant les repas, de manière à troubler le moins possible la régularité des fonctions digestives.

Quand le rhumatisme n'est pas franchement chronique et qu'il succède à la forme aiguë ou subaiguë, quand le système nerveux du malade est sous l'influence d'une certaine surexcitation, M. Guéneau de Mussy emploie exclusivement l'arséniate de soude, à la dose de 2 à 10 grammes, et supprime le carbonate de soude qui rend le bain plus stimulant. Quelquefois, afin de rendre la composition du bain plus semblable à celle de certaines eaux minérales qui contiennent une matière organique, il ajoute à la substance précitée 270 grammes de gélatine. La température du bain doit varier entre 33 et 36 degrés centigrades, non-seulement afin de faciliter l'absorption, mais encore pour ajouter à son effet stimulant. Sa durée doit être de trois-quarts d'heure à une heure et demie.

L'éminent clinicien conseille de faire prendre dès le début un bain par jour, et d'en augmenter progressivement le nombre jusqu'à quatre par jour. Les malades supportent facilement ces bains.

Il convient cependant de les interrompre de temps en temps, de manière à laisser se calmer l'excitation qu'ils produisent, et l'on doit bien se rendre compte des premiers effets obtenus avant de continuer leur emploi. Après chaque bain, le malade doit garder le lit pendant une ou deux heures. Il se produit alors

une transpiration plus ou moins abondante. Quand l'excitation du bain devient trop vive, l'auteur conseille la graine de ciguë en pilules, à la dose de 0,05 à 0,10 centigrammes, associée à la poudre de Dower ou à celle de cynoglosse.

Fluxion de la peau, diaphorèse, augmentation de la sécrétion rénale, érythème et prurit plus ou moins généralisés, tels sont les effets que ces bains font éprouver aux malades.

M. Guéneau de Mussy a également constaté qu'ils produisaient une très grande amélioration dans les arthropathies, surtout lorsque les lésions osseuses n'étaient pas très avancées. La tuméfaction et la raideur articulaires diminuent; les déformations elles-mêmes deviennent moins accentuées et les membres recouvrent la possibilité de faire quelques mouvements.

Il ne faut pas, selon cet auteur, interrompre prématurément l'usage de ces bains, dès que le mieux commence à se produire. Il faut, au contraire, les continuer jusqu'à ce que la guérison soit définitive. Il est même prudent de faire prendre ensuite, pendant plusieurs années consécutives, de 15 à 25 de ces bains, à la saison convenable.

Le professeur Charcot qui a essayé dans certains cas, et avec succès, la médication arsenicale, à la Salpêtrière, dit qu'elle a été impuissante ou même nuisible dans les cas de rhumatisme noueux très invétérés, surtout chez les sujets très avancés en âge.

L'explication des effets de l'arsenic, employé sous forme de bains, n'a pas encore été donnée. Villemin, Réveil, et Ducom, pharmacien de la Salpêtrière, qui ont recherché ce médicament dans les urines, immédiatement après le bain, n'en ont point trouvé

de traces. Quoi qu'il en soit, les effets thérapeutiques, d'après Guéneau de Mussy, ne sont pas douteux. Le fait clinique est, selon lui, incontestable.

Cet auteur croit cependant qu'il se produit toujours une certaine absorption, quoique faible, parce que l'action du bain arsenical est analogue à celle de l'arsenic administré à l'intérieur. Charcot ne partage pas cette manière de voir. Il est très probable, selon lui, que ces deux méthodes n'agissent pas de la même manière sur l'organisme, en admettant qu'elles soient toutes les deux également efficaces pour combattre le rhumatisme noueux, ce qui ne lui paraît pas démontré.

On peut donc dire que la question de la médication arsenicale dans la polyarthrite déformante n'est pas encore résolue.

Nous avons fait un usage prolongé de l'arsenic à l'intérieur, chez notre petite malade, et nous devons déclarer que nous n'en avons obtenu aucun bon résultat, si ce n'est au point de vue de l'état général. Il ne se produisit aucune amélioration du côté des arthropathies et nous fûmes obligé d'avoir recours à d'autres moyens.

Alcalins. — Le *bicarbonate de soude* a été depuis très longtemps employé, non-seulement dans le rhumatisme articulaire aigu, mais aussi dans le rhumatisme chronique. Les praticiens ne sont cependant pas encore d'accord sur son efficacité. C'est ainsi que nous voyons Garrod affirmer que les effets de la médication alcaline sont beaucoup moins prononcés dans la polyarthrite déformante que dans les autres manifestations subaigues et chroniques du rhumatisme; tandis que Charcot prétend, au contraire, en

s'appuyant sur son expérience personnelle, que c'est la médication dans laquelle on doit avoir le plus de confiance. Ce dernier emploie le bicarbonate à la dose de 30 à 40 grammes par jour, pendant plusieurs semaines, sans avoir jamais observé les symptômes d'une dissolution du sang.

Il faut cependant noter que Charcot n'a employé ainsi le bicarbonate de soude que pendant les exacerbations fébriles de la maladie. Nous avons, nous aussi, administré ce médicament à notre petite malade, mais nous n'avons pas osé lui en donner de fortes doses.

Nous serions plutôt disposés à partager, sur l'administration des alcalins à hautes doses, les idées que M. E. Besnier exprime de la façon suivante dans son article, déjà mentionné, du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales :

« Dans presque toutes les tentatives que j'ai faites et toutes les fois que j'ai pu acquérir la preuve certaine (chose souvent bien ardue dans nos hôpitaux) que les doses prescrites étaient réellement administrées en totalité, entre le poids de 10 à 20 grammes du médicament, il survenait de l'intolérance, de la diarrhée, de l'excitation vésicale, et parfois, surtout dans le rhumatisme chronique, une exacerbation qui semblait suivre de près l'emploi du médicament. C'est donc une médication qui ne peut pas être l'objet d'une formule fixe ; l'action de ce médicament étant très variable suivant les conditions individuelles, et devant être mesurée pour chaque cas particulier. Je ne saurais, d'autre part, trop engager les auteurs qui prescriront des doses élevées de ce médicament à s'assurer directement que les doses sont réellement

prises par les malades, précaution à laquelle ne songent généralement pas assez les expérimentateurs en thérapeutique, sur notre terrain hospitalier, si déplorablement défectueux sous ce rapport [1]. »

Le *nitrate de potasse*, à hautes doses, préconisé naguère par quelques médecins et particulièrement par Martin-Solon, est aujourd'hui à peu près banni du traitement de l'arthrite déformante ; à moins qu'on ne trouve encore l'occasion de l'employer dans quelque exacerbation subaiguë du maladie.

Le professeur Forget assure que ce médicament est le plus souvent sans aucun effet sur le rhumatisme chronique. Aujourd'hui on ne l'emploie guère que dans la forme aiguë ou subaiguë du rhumatisme.

Gaïac. — M. Charcot dit avoir employé, avec des avantages analogues à ceux de l'arsenic, la *teinture ammoniacale de gaïac*. Le premier effet de ce médicament est, selon lui, une exacerbation des symptômes locaux, exacerbation à laquelle succède une amélioration notable. Les articulations redeviennent mobiles, au bout d'un certain temps, et le malade éprouve un soulagement manifeste. Nous n'avons aucune expérience personnelle sur cette médication et nous ne croyons pas qu'elle ait été employée chez l'enfant.

Médication salicylée. — Le professeur Germain Sée, dans son intéressante communication, faite en 1877, à l'Académie de médecine de Paris [1],

[1] *Loc cit.*, p. 707.

[1] *Etudes sur l'acide salicylique et les salicylates; traitement du rhumatisme aigu et chronique, de la goulte et de diverses affections du système nerveux sensitif par les salicylates.* Bulletin de l'Académie de médecine de Paris. T. V., 3e série, 1877, p. 735.)

sur les propriétés thérapeutiques de l'acide salicylique et du salicylate de soude, cite plusieurs cas de polyatrhrite déformante guéris par ce nouveau médicament.

Il n'obtint aucun succès chez deux vieillards traités à l'hôpital, mais chez un troisième malade, jeune encore, l'amélioration fut considérable.

Ce médicament réussit également sur trois malades de sa clientèle privée.

Chez le premier de ces malades, atteint de polyarthrite déformante depuis seize ans, la maladie avait envahi les quatre grandes articulations des membres inférieurs, les poignets, les doigts et la colonne vertébrale. L'usage des quatre membres était devenu impossible. Après quinze jours de traitement, les articulations des membres supérieurs avaient recouvré leur mobilité et il ne restait plus qu'une certaine raideur dans les articulations tibio-tarsiennes.

Dans le second cas, la maladie occupait les genoux et les doigts.

Dans le troisième cas, il s'agissait d'une dame de quarante-deux ans, atteinte depuis deux ans déjà de polyarthrite déformante et chez laquelle presque toutes les articulations des membres étaient prises. Il existait en outre de l'insomnie, de l'anorexie et des exacerbations fébriles. Au bout de huit jours de traitement les douleurs disparurent et les genoux devinrent libres. La guérison complète ne put toutefois être obtenue, parce que la malade supportait difficilement plus de 4 à 5 grammes du médicament par jour.

Sticker avait expérimenté cette médication avant M. Sée, en 1876, mais il avait obtenu des résultats

diamétralement opposés. Pour lui, l'acide salicylique n'est d'aucune utilité dans le rhumatisme chronique, parce qu'il n'a pas la propriété de faire disparaître les exsudats articulaires déjà formés.

Le professeur Jaccoud l'a employé sans succès dans deux cas de rhumatisme chronique ordinaire, consécutifs à une attaque franche de rhumatisme aigu. [1]

Depuis l'époque de sa première communication à l'Académie de médecine, M. Sée a pu réunir plusieurs autres cas de guérison de rhumatisme chronique par la médication salicylée, et parmi ces cas on en compte quatre de polyarthrite déformante. MM. Bouchard, Luys, Ricord, Brochin et Soulatre (de Jouy) ont aussi employé avec succès cette médication dans le rhumatisme chronique. [2]

M. Sée déclare que les bons effets du médicament ne peuvent être obtenus qu'au prix de certains inconvénients, tels que : troubles auditifs, bourdonnements, surdité plus ou moins prononcée et, au début, anxiété d'une durée variable. Ces troubles disparaissent toutefois au bout d'un certain temps, malgré le maintien des mêmes doses. Il ne croit pas, comme Immermann (de Bâle) et un certain nombre d'autres médecins, que l'acide salicylique soit le remède spécifique du rhumatisme. Pour lui, ce médicament a une triple action : 1° il calme rapidement les douleurs ; 2° il diminue les engorgements articulaires ; 3° il favorise l'élimination de certains principes du sang (acide urique, urates.)

[1] *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris*, T. V., 2e série, 1877, p. 829.

[2] *Loc. cit.*, p. 938

Indépendamment de sa propriété anti fébrile qui a été suffisamment démontrée par de nombreuses observations faites en Angleterre, en France, en Allemagne et en Suisse, l'acide salicylique paraît posséder à un haut degré la propriété analgésique. M. Laborde a pleinement mis ce fait en lumière dans les expériences physiologiques auxquelles il s'est livré sur des chiens.

L'action physiologique du salicylate de soude, dit cet auteur, s'exerce d'une manière *prédominante*, *élective*, sur les phénomènes de la sensibilité à la douleur. Il ajoute même qu'il n'agit qu'à ce dernier titre, c'est-à-dire uniquement comme analgésique, dans le traitement du rhumatisme articulaire. [1]

Quoi qu'il en soit du mécanisme de son action, les faits cités par M. Sée autorisent à continuer l'essai de ce nouvel agent thérapeutique dans le traitement de la polyarthrite déformante. Dans l'état actuel de nos connaissances, ni les insuccès de MM. Stricker et Jaccoud, ni les succès de M. Germain Sée ne nous permettent de porter un jugement définitif sur ce médicament. Toutefois, lorsqu'il s'agira d'administrer le salicylate, on devra le faire avec prudence, comme le conseillent judicieusement MM. Guéneau de Mussy et Bouchardat. Les enfants tolèrent ce médicament aussi bien que les adultes, pourvu qu'on ne l'administre pas à des doses trop fortes. Nous l'avons déjà fait prendre plusieurs fois à des enfants sans le moindre accident. M. Archambault, médecin des hôpitaux de Paris, l'a aussi administré dans les mêmes conditions.

1 *Bulletin de l'Académie de médecine,* T. V., 2me série, Paris, 1874, p. 976.

Nous ne connaissons aucun cas de rhumatisme noueux de l'enfance où ce médicament ait été employé, mais nous croyons devoir le recommander aux praticiens, parce qu'il nous paraît susceptible de donner de bons résultats dans la période peu avancée de la maladie et surtout lorsqu'il existe des exacerbations fébriles. C'est un essai à tenter.

Toutes les fois que M. Sée a employé le salicylate de soude dans le rhumatisme chronique, il a élevé la dose de ce médicament jusqu'à 8 grammes par jour et a maintenu cette dose pendant toute la durée du traitement.

Il croit que les faibles doses ne produisent aucun effet. Chez les enfants, on ne devra pas, selon nous, dépasser la dose de 6 grammes par jour, et il faudra toujours commencer par de plus petites doses, de manière à se rendre compte du degré de tolérance du petit malade. Parmi toutes les préparations officinales de ce médicament, nous donnons la préférence à la solution titrée du docteur Clin, qui représente exactement 2 grammes de sel par cuillerée à soupe. Il convient de faire prendre cette solution à doses fractionnées, dans les vingt-quatres heures, et de la diluer dans de l'eau sucrée ou dans du vin, selon le goût des malades. Ainsi dilué le salicylate n'exerce aucune action irritante sur la muqueuse gastrique.

Médication topique. — Les *badigeonnages de teinture d'iode* figurent en tête des applications locales les plus employées dans les différentes formes du rhumatisme chronique. Dans la polyarthrite déformante, c'est un des meilleurs révulsifs dont on puisse user et un de ceux qui peuvent le mieux aider à la

résolution des désordres articulaires. Nous en avons fait un large usage chez notre petite malade et nous en avons obtenu quelques bons résultats. La médication topique révulsive ne saurait avoir, il est vrai, une action manifestement curative, mais elle est dans ces cas d'une incontestable utilité comme moyen adjuvant des autres médications.

Dans un intéressant mémoire, communiqué le 25 juillet 1851 à l'Académie de médecine de Belgique, M. Jules Guérin a proposé une méthode de traitement à laquelle il a donné le nom de *stibio-dermique* (onctions stibiées) et dont le but est de supprimer la douleur dans les affections rhumatismales articulaires, tant aiguës que chroniques. En appliquant la pommade stibiée comme moyen révulsif, M. Jules Guérin a remarqué que l'éruption cutanée qu'elle provoque ordinairement produisait souvent ce résultat. Plus tard, il s'est assuré qu'il y avait, dans ce cas, une absorption partielle du médicament donnant simultanément lieu à des effets locaux et à des effets généraux : les premiers, caractérisés par la disparition plus ou moins rapide de la douleur et par la diminution considérable du gonflement articulaire ; les seconds, par la faiblesse du pouls, la pâleur de la face, l'humidité de la peau, et plus tard par des vertiges, des nausées et même par les symptômes de l'intoxication stibiée.

L'auteur distingue, dans ce cas, une action révulsive, conséquence de la formation des pustules et une action dynamique locale et générale. Pour mieux faire comprendre les effets thérapeutiques de cette médication, M. Jules Guérin considère dans les arthropathies trois périodes distinctes : la pre-

mière, ou période *du début*, caractérisée par les troubles de la sensibilité; la seconde, ou période *dynamique*, dans laquelle les désordres n'ont pas encore atteint la nutrition locale; la troisième, ou période *organique* pendant laquelle se produisent les lésions nutritives. C'est dans la première de ces trois périodes que la médication stibio-dermique agit avec le plus d'avantages; dans la seconde, ses effets sont moins marqués et dans la troisième, ils sont presque toujours nuls. Les onctions avec la pommade stibiée doivent être faites trois fois par jour, *loco dolenti*.

M. Jules Guérin rapporte dans son mémoire des cas de rhumatisme goutteux guéris par cette médication. Ayant eu l'occasion de revenir sur cette question, à propos de la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine de Paris, sur le salicylate de soude, [1] il a maintenu avec beaucoup de force ses premières affirmations et a cité de nouveaux succès empruntés à sa pratique et à celle de ses confrères.

Nous n'avons aucune expérience personnelle sur la médication stibio-dermique de M. Jules Guérin, mais nous croyons qu'on ne doit l'employer qu'avec la plus extrême réserve, précisément à cause des effets adynamiques produits par l'absorption du médicament. Cette réserve est d'autant plus nécessaire chez les enfants qu'ils supportent généralement beaucoup moins bien que les adultes les préparations antimoniales.

[1] *Essai sur la méthode stibio-dermique*. Mémoire lu à l'Académie de médecine de Belgique. *In* Gazette médicale de Paris, 1851, p. 685. — *Bulletin de l'Académie de médecine*. T. V., 2me série. Paris, 1877, p. 1026.

Si cette médication a surtout pour but de faire disparaître l'élément douleur, ainsi que l'affirme M. Jules Guérin, il sera facile d'obtenir le même résultat à l'aide d'une autre médication moins dangereuse. Des *frictions calmantes*, anodines, pourront être employées dans ce but et devront toujours être préférées aux frictions stibiées.

Les *frictions balsamiques* et *ammoniacales* pourront être utilisées, dans quelques cas, comme moyens adjuvants. Les *douches de vapeur* sont aussi administrées avec grand avantage.

Trousseau recommandait beaucoup, dans ces cas, les *bains ou douches de sable chaud*. Il les employait de la manière suivante : tantôt il faisait placer la partie malade dans un sac contenant du sable chauffé à une température aussi élevée que le malade pouvait le supporter; tantôt il faisait projeter le sable sur cette même partie. Le bain devait durer de une à deux heures et pouvait être répété deux ou trois fois par jour. Nous avons employé ce moyen, si vanté par l'illustre professeur, chez notre petite malade et nous n'en avons obtenu aucun bon résultat.

Médication balnéaire. — Floyer, Boynard, Ptearn, Fred. Hoffmann, Pouteau et d'autres encore avaient déjà vanté les bons effets de l'*eau froide* dans la thérapeutique des manifestations chroniques du rhumatisme; mais c'est Bonnet (de Lyon) qui a, le premier, régularisé l'emploi de cette méthode dans le rhumatisme chronique [1]. Avant lui pourtant, Barrier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, avait déjà publié la relation de plusieurs cas de rhumatisme

[1] *Traité des maladies des articulations.* T. I. Paris, 1845, p. 528.

chronique grave, qui avaient été notablement améliorés par l'hydrothérapie [1].

Cette médication, selon le professeur lyonnais, doit être convenablement suivie, et quelquefois pendant plusieurs mois consécutifs, pour produire des résultats favorables. On a vu, dit-il, des malades guérir, dans les établissements hydrothérapiques, après être restés plusieurs semaines sans éprouver la moindre amélioration.

Pour lui, l'hydrothérapie est surtout indiquée lorsque la maladie reconnaît pour cause spéciale l'humidité. Cette médication, en activant les fonctions de la peau et la circulation générale, répond, dans ces cas, à l'indication causale.

Fleury, qui a consacré a l'hydrothérapie une vie entière d'études et d'expériences, n'a pas manqué de noter l'influence de ce moyen thérapeutique sur la polyarthrite déformante. Plusieurs faits minutieusement observés par lui prouvent que l'eau froide, maniée par des mains habiles et expérimentées, peut donner des succès inespérés, même dans les cas les plus graves en apparence.

« Nous sommes convaincu, dit-il, qu'un traitement énergique bien dirigé, employé dès le début de cette forme de rhumatisme articulaire chronique et alors que la maladie n'a pas produit des désordres irrémédiables, en empêcherait les progrès, préviendrait les suites déplorables dont elle est la cause, et diminuerait de beaucoup le nombre des malheureux voués à la triste existence dont nous venons d'esquisser le tableau. Cette conviction est née en nous de l'obser-

[1] *Gazette des Hôpitaux*, 1842.

vation d'un certain nombre de malades arrivés à Bellevue, à divers degrés de l'affection rhumatismale chronique, même alors que l'ankylose avait commencé à envahir les surfaces articulaires, et qui par un traitement hydrothérapique combiné avec les mouvements graduellement forcés des articulations, ont fini, au bout d'un temps variable suivant la gravité et l'ancienneté de la maladie, par recouvrer le complet usage de leurs membres [1]. »

Le traitement hydriatique est très certainement indiqué dans certains cas spéciaux, tant à cause de ses effets directs et révulsifs qu'à cause de son action indirecte et tonique, mais nous ne croyons pas qu'il soit d'une efficacité constante. De plus, il est difficile de l'appliquer dans tous les cas. Les malades très affaiblis et profondément cachectiques ne supporteraient pas toujours impunément cette médication. Il vaut mieux, dans ce cas, avoir recours à l'application sur les articulations malades de compresses humides recouvertes de flanelle, selon le conseil de Bonnet (de Lyon).

Les *eaux minérales*, sous forme de bains, constituent une des méthodes de traitement les plus répandues, en Europe surtout. Toutefois les résultats qu'elles ont produit ont été très diversement appréciés par les praticiens qui y ont eu recours. Ce qui paraît ressortir des nombreuses observations publiées à cet égard, c'est que chaque cas spécial a son eau minérale de prédilection. *A priori*, il est presque impossible de dire au malade quelle est la

1 *Traité thérapeutique et clinique d'hydrothérapie*, 3e édit. Paris, 1866, p. 1067.

source qui lui convient. Souvent, après en avoir fréquenté inutilement plusieurs, on finit par trouver celle qui doit amener la guérison. En général, ce sont les *eaux sulfureuses* et *alcalines* qu'on conseille de préférence dans ces cas. M. Guéneau de Mussy qui, comme nous l'avons vu, emploie exclusivement les bains arsenicaux, soutient, d'après sa propre observation, que les bains thermo-sulfureux augmentent les douleurs et le travail morbide, sans produire aucune amélioration dans la maladie. Il en est de même des bains préparés artificiellement. Chez notre petite malade les bains sulfureux n'eurent aucun succès.

Niemeyer avait laissé entendre que les effets de cette médication étaient dûs à la *température élevée de l'eau;* mais le professeur Lasègue, après s'être livré à des expériences cliniques multiples, a affirmé nettement le fait. Pour lui, c'est la température qui représente l'élément capital dans la médication balnéaire. Cet éminent observateur a constaté qu'une eau également minéralisée, mais employée à deux températures différentes, produisait des effets distincts. Il a fait prendre des bains d'eau simple, en élevant graduellement leur température jusqu'à 40 à 45 degrés, à des malades atteints de polyarthrite déformante très accentuée, et il a obtenu des succès inespérés. Sous l'influence de ces bains, les mouvements devenaient moins difficiles; les nodosités et la raideur articulaire se modifiaient très favorablement. Les malades qui prirent pendant plusieurs mois ces bains chauds, au nombre de deux par jour, purent au bout de ce temps se lever, marcher et même descendre des escaliers, alors qu'ils étaient auparavant complètement cloués, pour ainsi dire, dans leur lit.

Cette médication, selon M. Lasègue, a le double avantage d'être économique et de pouvoir être continuée indéfiniment sans que ses effets soient amoindris par l'accoutumance. Il ne la considère pas cependant comme une véritable médication curative, mais seulement comme un moyen susceptible d'exercer une influence favorable bien certaine sur quelques symptômes du rhumatisme chronique déformant et principalement aux époques des exacerbations actives du mal. L'auteur prescrit certaines règles qui doivent être observées dans l'administration des bains, sous peine de n'en pas retirer de bons résultats. La durée du bain doit être de 20 à 30 minutes. La température de l'eau doit être toujours plus basse au moment où le malade entre dans le bain que lorsqu'il en sort. Elle doit être élevée graduellement et sans transition brusque. La température maxima, indiquée par Lasègue, est de 48 degrés centigrades. La moyenne est de 45 degrés, mais le malade ne devra pas rester soumis à cette température pendant plus de dix minutes. Sa tête devra être protégée contre la vapeur de l'eau. Après le bain, le malade gardera le lit pendant un certain temps. L'auteur considère comme inutiles les douches froides et les frictions après le bain chaud. [1] Si de nouveaux faits de guérison venaient s'ajouter à ceux qui ont été observés par le savant professeur de la Faculté de médecine de Paris, cette méthode thérapeutique devrait être préférée à la médication thermale ordinaire, non seulement parce qu'elle est plus économique, mais aussi parce qu'elle a le grand avantage d'être à la portée

1 *Archives générales de médecine.* Paris, nov. 1874.

des malades pauvres, qui n'ont pas les moyens d'aller dans les stations thermales.

D'après une communication particulière qui nous a été adressée par le docteur Bouchut, ce traitement aurait produit d'excellents résultats chez quelques enfants atteints de rhumatisme noueux.

Note du Traducteur. — Nous croyons devoir réparer ici une omission qui a été commise par l'auteur de ce travail, dans l'énumération des moyens thérapeutiques employés contre les diverses formes du rhumatisme chronique et particulièrement contre le rhumatisme déformant. Nous voulons parler de la médication par les *Bains de vapeur térébenthinés.* Il n'est pas aujourd'hui, en France, un seul établissement hydrothérapique bien organisé qui ne possède une installation spéciale pour ces bains. Mais il s'en faut de beaucoup que l'on suive partout les règles qui ont été données par l'inventeur ou plutôt par le premier vulgarisateur de cette méthode, M. le docteur Chevandier (de la Drôme), et c'est peut-être là une des causes qui font qu'on n'en retire pas toujours les résultats qu'on en attendait.

Dans un grand nombre d'établissements hydrothérapiques, on se contente de faire passer la vapeur d'eau qui doit servir au bain de caisse dans un petit réservoir rempli d'essence de térébenthine. C'est ainsi que sont généralement administrés les bains de vapeur térébenthinée.

Le vulgarisateur de la méthode, M. Chevandier (de la Drôme), procède tout autrement dans l'*Établissement thermo-résineux* qu'il a fondé à Paris et que nous avons eu l'occasion de visiter il y a peu de temps.

La vapeur térébenthinée qu'il emploie n'est pas obtenue de la même façon et doit avoir des propriétés bien différentes. Ce n'est plus de la vapeur d'eau ayant simplement traversé une couche d'essence de térébenthine qui vient envelopper le malade, ce sont les vapeurs résineuses elles-mêmes, dégagées des copeaux de pin naturellement enduits

de résine et chauffés dans un four spécial. Les copeaux du *pin mugho* sont exclusivement employés dans ce but.

Nous ne pouvons mieux faire, pour donner au lecteur une idée exacte et complète de cette médication thermo-résineuse, que de reproduire ici quelques extraits d'une petite brochure due à la plume de M. Chevandier lui-même [1].

« Quels sont, dit-il, les agents essentiels de cette médication ? Les vapeurs résineuses de *pin mugho,* la haute température. Partout où ils peuvent être mis en rapports convenables, le bain de vapeur térébenthinée se trouve dans son intégrité absolue. »

Le pin mugho doit être exclusivement employé, dans ce cas, de préférence à tous les autres pins, pour les raisons suivantes :

« Les médecins savent ce qu'ont de commun toutes les térébenthines et en quoi on est autorisé à conclure, jusqu'à un certain point, des propriétés de celle de Venise aux vertus de celle de Chio. Mais nul d'entre eux n'ignore de combien celle-ci est inférieure à celle-là. Qu'est-ce à dire, sinon que les influences de l'espèce, du sol et du climat se traduisent par des propriétés thérapeutiques très différentes ; que ces circonstances seules font que l'opium de Smyrne l'emporte sur celui d'Égypte, et que nous avons des raisons pour préférer à la digitale jaune la pourprée, à la jusquiame blanche la jusquiame noire !

» Combien plus les vertus thérapeutiques ne doivent-elles pas varier dans les substances *isomériques*, dont la térébenthine est le type, puisque chez elles les éléments chimiques restant exactement les mêmes et conservant les mêmes coefficients, une modification de la forme, du groupement atomique suffit à faire naître ou à anéantir une propriété !

» Ainsi, nous justifierions nos préférences pour le pin mugho, si des expériences comparatives n'avaient légitimé notre choix.

» On se tromperait fort si l'on s'imaginait qu'il est indifférent d'employer telle ou telle partie de l'arbre. Les vapeurs

[1] *De la médication thermo-résineuse.* Paris, 1879.

dégagées des feuilles et des branches sont acides et mal tolérées par les bronches. Celles qui émanent du copeau, soumis à une température voulue, ont perdu toute acidité et sont de beaucoup préférables.

» Le copeau est une lame de bois de deux ou trois centimètres d'épaisseur, de dix ou quinze centimètres de large suivant l'âge du pin, de quatre-vingts à cent vingt centimètres de long, sur laquelle la sève descendante s'est accumulée au point de fournir, dans toute son étendue, une couche de résine de l'aspect et de la consistance du miel. Cette couche met deux ou trois mois à se former en été ; il faut le reste de l'année pour en recueillir une équivalente.

» C'est par une blessure, ayant les dimensions ci-dessus indiquées, que commence la préparation du copeau.

» L'arbre qui nous fournit nos copeaux est appelé *Eouvé* dans le pays. Il faut reconnaître en lui, non le *pin Sylvestre* ni le *pinus montana* de Dioscoride, mais bien celui dont Scopoli a fait une espèce à feuilles géminées, à cônes pyramidaux, à écailles oblongues et obtuses, le *pinus mugho*, dont l'existence a été signalée sur le mont Glandaz, par Mutel, dans sa *Flore du Dauphiné*.

. . . . . .

» Nul ne songe maintenant à établir la moindre analogie entre le bain de vapeurs térébenthinées et le bain de vapeur d'eau. Celles-là sont sèches ; aussi respire-t-on aisément dans l'étuve, même à la température de *70 degrés*. Dans l'étuve humide, on suffoque dès que la chaleur atteint 55 degrés. Les vapeurs résineuses ont plus de rapports avec les fumigations aromatiques de thym, de bains de genièvre, etc. . . . . .

» Quelques malades veulent arriver d'emblée au maximum de chaleur. Ce n'est ni prudent, ni logique. D'un côté le plus haut degré de chaleur ne correspond pas, selon leur espérance, à la sudation la plus copieuse ; de l'autre, il ne faut point, sans les y avoir préparés, surexciter le système circulatoire et le système nerveux. Enfin, le calorique, en tant que modificateur puissant, dont les effets s'étendent de la sédation réelle à l'excitation énergique, *doit être dosé* suivant les indications fournies par l'âge, le tempérament,

l'état des forces, la constitution même de la peau, etc. Il est remarquable que des sueurs qui vont quelquefois jusqu'à 1,500 grammes par séance n'affaiblissent pas d'une manière notable. A la fin d'une cure de quinze ou dix-huit bains, le malade accuse plus de lassitude que d'affaissement. En quelques jours, il retrouve ses forces. »

Le traitement thermo-résineux complet se compose de quatre séries de cinq bains consécutifs, séparés par un jour de repos. Au sortir du bain, le malade se met au lit pendant quelques instants et sans prendre aucune douche. Le lit, à l'établissement de la rue des Petits-Hôtels, est dans la même chambre que la caisse à bains.

Après avoir énuméré les diverses formes de rhumatisme auxquelles cette médication est applicable, l'auteur mentionne le *rhumatisme déformant* :

« Voici, dit-il, le plus cruel et le plus résistant, il est inutile de le décrire; qui l'a vu une fois le reconnaît. Quatre cas se sont présentés à nous, chez quatre dames. Les trois premières ont fait une cure de vingt bains; la quatrième est en traitement. Les mains, les genoux et les pieds étaient le siége principal du mal. A leur sortie, elles marchaient plus aisément, et les doigts, qui se fléchissaient à peine au commencement de la cure, venaient à la fin toucher l'éminence thénar. Chez celle qui achève sa cure, les effets obtenus sont plus satisfaisants encore. Les déformations des poignets et des articulations des doigts avec le métacarpe disparaissent.

» En résumé, bien que l'action du traitement thermo-résineux soit, en pareille occasion, moins grande que dans toutes les autres variétés du rhumatisme, devant l'inefficacité de tous les moyens et les progrès constants du mal, j'insiste pour l'emploi répété de notre médication. Il y a, en ce cas, tout à tenter, beaucoup à espérer et rien à craindre.

» Depuis la 1re édition de cette brochure, beaucoup de faits cliniques sont venus confirmer les premiers et nous prouver que le rhumatisme déformant peut être enrayé et même guéri, à moins qu'il n'ait déjà produit ses horribles luxations.

Il est inutile de s'attarder à reproduire des observations

de RHUMATISME CHRONIQUE généralisé. La guérison alors est la règle, bien que nous ayons eu, la plupart du temps, à faire nos preuves sur des sujets qui étaient restés réfractaires à l'action des eaux minérales. »

Bien que la première enfance soit une des contre indications de ce traitement, nous avons cru devoir le signaler, parce qu'il nous paraît pouvoir être utilisé avec avantage chez les enfants plus âgés.

« Avec les bains de vapeur térébenthinée, dit Bonnet (de Lyon) [1], on obtient des guérisons dont la fréquence et la promptitude dépassent de beaucoup ce qu'on a coutume d'observer à la suite des eaux minérales. Les faits cités par M. le docteur Chevandier m'ont été confirmés par un grand nombre de personnes. *Ils sont propres à entraîner toutes les convictions.* »

Le docteur Brémond fils vante aussi beaucoup les bains térébenthinés dans le rhumatisme chronique *(Bains térébenthinés, leur emploi dans le traitement des rhumatismes*, Paris, 1877); mais nous n'avons pas trouvé, dans sa brochure, un seul cas de rhumatisme noueux. Il emploie l'essence de térébenthine, ou plutôt l'*essence de cèdre de Californie* à la dose de 200 grammes par bain et c'est la vapeur d'eau qui sert de vecteur. La température du bain ne s'élève jamais au-delà de 45 degrés centigrades et le plus souvent elle n'est que de 40 degrés. Ces bains diffèrent complétement, ainsi qu'on le voit, de ceux de M. Chevandier.

Les *bains de mer* sont très employés au Brésil, même par le peuple, contre toutes les formes du rhumatisme soit aigu, soit chronique. Il y a des malades qui y ont aveuglément recours, sans consulter le médecin, ignorant sans doute que ces bains, pris d'une manière intempestive, peuvent donner lieu à des inconvénients sérieux.

[1] *Traité des maladies articulaires*, p. 170.

Toutes les fois qu'on jugera convenable de faire suivre aux malades cette médication, on aura soin de bien leur faire comprendre l'importance de la stricte observation des règles relatives à l'emploi des bains de mer. Nous ne connaissons aucun cas bien authentique de rhumatisme noueux amélioré ou guéri par ce moyen, qui est d'ailleurs considéré par quelques hydrologistes comme absolument nul dans le rhumatisme chronique en général.

Pour ce qui concerne les enfants en bas âge, nous croyons que les bains salés ne doivent leur être administrés qu'en chambre et en ayant soin d'élever la température de l'eau. Nous ne pouvons que protester contre l'usage généralement suivi chez nous et qui consiste à faire prendre des bains de mer aux enfants du premier âge. Nous ne saurions mieux faire, pour exprimer notre manière de voir à cet égard, que de transcrire ici les très judicieuses remarques qui ont été faites sur ce point par le docteur Roccas, médecin inspecteur des bains de mer de Trouville [1] :

« Tous les ans, dit-il, je vois des exemples fâcheux de cette ardeur imprudente des parents qui les porte à baigner dans la mer, même des enfants *de huit à dix mois!* Je ne saurais trop m'élever contre cette pratique aussi périlleuse que peu motivée, en dépit de quelques exemples heureux..... Je suis tout à fait du même avis que M. le docteur Alexis Moreau, qui ne conseille pas les bains de mer pour les très jeunes enfants (jusqu'à deux et trois ans), et je suis même plus timoré que lui; car, à deux et trois ans et

1 *Traité pratique des bains de mer*, 2me édit. Paris, 1862, p. 163.

même à quatre, je préfère encore les bains de mer chauds. »

Electricité médicale. — D'après Baierlacher [1], ce fut Schnitzer qui eut le premier l'idée d'appliquer l'électricité au traitement du rhumatisme noueux. Cahen et après lui Froriep [2] (de Berlin), en 1843, signalèrent les bons effets produits par la faradisation dans les rhumatismes chroniques.

Les résultats obtenus par ce dernier auteur restèrent cependant oubliés pendant dix ans. Ce ne fut qu'en 1854 que le docteur Moritz Mayor, [3] ayant repris l'étude de cette question, signala, parmi les maladies susceptibles d'être guéries par les *courants induits* le rhumatisme chronique. Il explique ces heureux résultats par l'action excitante de l'électricité sur les vaisseaux sanguins et lymphatiques, dont la tonicité se trouve ainsi augmentée.

Peu de temps après, le professeur Remak (de Berlin), sans avoir connaissance des travaux que nous venons de citer, employa les *courants continus* dans deux cas de rhumatisme chronique, et il en obtint de si remarquables effets qu'il en fit l'objet d'une communication à l'Académie de médecine de Paris, en septembre 1856. Remak est le premier qui ait appliqué les courants continus au traitement du rhumatisme. En étudiant l'action *catalytique* de ces courants, il constata que leurs effets se faisaient particulièrement sentir sur les désordres consécutifs

[1] *Die Induction's-Elektricitat.* Nürnberg, 1857, p. 218.

[2] *Die rheumatische Schwiele.* Berlin, 1843, p. 35.

[3] *Die Electricitat in ihrer Anwendung auf praktische Medicin.* Berlin, 1854.

aux arthropathies. La persistance que ce savant professeur mit à employer cette médication la fit définitivement entrer dans la thérapeutique du rhumatisme chronique.

D'après lui, l'emploi méthodique des courants continus a pour résultat :

1° De provoquer des phénomènes catalytiques dans l'intérieur de l'articulation atteinte d'inflammation, d'exsudation ou de sclérose;

2° D'exciter ou d'accélérer la circulation des liquides par l'action qu'ils exercent sur les vaisseaux qui se rendent à l'articulation ;

3° De faire cesser les contractions musculaires qui viennent si souvent compliquer l'arthrite ;

4° De faire disparaître les contractions secondaires des muscles, contractions occasionnées par la douleur et par l'irritation inflammatoire;

5° De combattre, enfin, les paralysies musculaires qui se développent consécutivement à l'inflammation, à l'inertie et à la rigidité articulaire [1].

Plus récemment, le docteur Chéron, dans une série d'articles publiés par la *Gazette des Hôpitaux* de Paris, a préconisé l'emploi des courants continus dans le traitement du rhumatisme noueux et a cité plusieurs faits confirmatifs de l'action favorable de ces courants. [2]

« Les douleurs, dit-il, s'atténuent ou disparaissent au bout d'un petit nombre de séances. Certaines ankyloses peuvent même cesser, lorsque l'atrophie n'a pas encore fait de trop grands progrès. Les

1 *Galvanothérapie*. Trad. française de Marpain. Paris, 1860, p. 324.

2 *Gazette des Hôpitaux*. Paris, 1869.

incrustations calcaires, les contractures, les rétractions et les atrophies musculaires produites par le rhumatisme noueux, sont toujours favorablement modifiées et guéries par ce moyen de traitement. »

Le docteur Chéron admet en outre une action générale des courants sur toute l'économie, action susceptible, d'après lui, de relever les fonctions languissantes, et d'imprimer à la nutrition une modification telle que l'organisme se trouve bientôt dans de meilleures conditions pour réagir contre la diathèse rhumatismale.

« Les preuves de cette action générale se traduisent, au point de vue clinique, par la disparition de la plus grande partie des complications viscérales qui accompagnent le rhumatisme noueux et par une amélioration rapide de la santé des rhumatisants. »

Le professeur Jaccoud a, lui aussi, un grand enthousiasme pour cette médication. « Lorsque l'amélioration s'arrête ou manque, dit-il, (sous l'influence des autres traitements employés), lorsqu'il y a déjà du gonflement osseux et fibreux, des nodosités ou des stalactites, il serait dangereux de perdre du temps avec des méthodes dont l'impuissance en pareil cas est parfaitement démontrée, il faut sans retard faire intervenir la seule médication qui offre alors quelque chance de succès : c'est l'électrisation méthodique des jointures au moyen des courants constants. » [1]

Le succès sera d'autant plus probable que la maladie sera moins avancée et le malade plus jeune.

Les malades de la Salpétrière n'étant pas dans ces conditions, on s'explique les insuccès de M. Onimus,

[1] *Traité de pathologie interne*. T. II. Paris, 1871, p. 562.

en 1872, dans le service de Charcot [1]. Cet éminent électrothérapiste partage la manière de voir de Remak et croit que les courants continus sont d'une incontestable utilité dans toutes les arthropathies chroniques, qu'elles soient dues au rhumatisme ou à la goutte ou qu'elles soient la conséquence d'un traumatisme. On doit, selon lui, les essayer même dans les cas en apparence incurables [2].

En Angleterre, cette médication a donné des résultats tout aussi favorables qu'en France et en Allemagne. Althaus, électrothérapiste distingué de Londres, après avoir constaté l'inefficacité fréquente des divers agents thérapeutiques habituellement dirigés contre le rhumatisme noueux, a eu recours aux courants continus et en a retiré d'excellents résultats. « Bien que je sois loin, dit-il, de les considérer comme un spécifique du rhumatisme goutteux, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de les voir réussir dans des cas où tous les autres moyens, convenablement et longuement appliqués, avaient échoué. »

L'éminent professeur de Londres croit que l'électricité agit aussi sur l'état général, en améliorant la nutrition, en faisant disparaître la dyspepsie, qui est si souvent un obstacle à l'administration des médicaments toniques, et en combattant l'insomnie qui tourmente ordinairement les malades atteints de cette affection et condamnés à une immobilité absolue.

Pour obtenir ces résultats, le docteur Althaus applique le pôle positif, pourvu d'un excitateur à large

1. *Recherches pour servir principalement à l'histoire des courants continus*, par E. Gustave Lelorain. Th. de Paris, 1872.

2. *Traité d'électricité médicale*, par E. Onimus et Ch. Legros. Paris, 1872, p. 747.

surface, sur la région cervicale, et le pôle négatif sur la région épigastrique. Chaque séance d'électrisation dure cinq minutes.

Les effets locaux et directs se font sentir sur les douleurs articulaires et sur les déformations. Pour agir sur le phénomène douleur, il fait appliquer le pôle positif, pourvu d'un petit excitateur, sur le point douloureux et le pôle négatif, pourvu d'un large excitateur, sur les parties voisines de ce point. Le résultat de cette application est parfois, selon lui, presque miraculeux. Des douleurs qui durent depuis des mois et des années disparaissent entièrement, dans certains cas, après une ou deux séances.

On ne peut se faire une idée, dit encore cet auteur, des bons effets produits par ces courants électriques sur les déformations les plus accentuées, surtout quand les malades ne sont pas trop vieux. Mais ce traitement exige toujours beaucoup de patience et de persévérance de la part du malade aussi bien que de la part du médecin.

Pour agir sur les déformations, M. Althaus procède à l'électrisation du sympathique cervical. Les séances doivent être quotidiennes ou répétées trois ou quatre fois par semaine, pendant un mois ou six semaines. Si, au bout de ce temps, on constate quelque amélioration, on doit les continuer; mais si la maladie est restée stationnaire, il convient alors d'interrompre le traitement pendant un mois ou plus, pour le recommencer ensuite. [1]

[1] *On the treatment of rhumatic gout by the aid of the constant galvanic current*, by J. Althaus. In-*Brit. Med. Journ.*, 28 sept., 1872. — *A Treatise of Médical Electricity theorical and practical.* Third edition, London, 1873, p. 629.

Onimus n'attache pas, dans ce cas, une grande importance au choix de l'appareil et à la variété d'action des diverses piles. La direction du courant lui est indifférente, pour les applications *loco dolenti*, aussi bien que son action chimique, pourvu toutefois qu'on ait soin de ne pas produire des eschares [1].

Poore et Tibbitts ont encore plus récemment (1877) attiré l'attention sur les heureux effets de la galvanisation localisée. Ce dernier auteur conseille de faire passer, pendant quelques minutes, à travers l'articulation malade, un courant aussi fort que le patient pourra le supporter, en ayant soin d'intervertir fréquemment le sens du courant [2].

L'opinion si autorisée de Remak, de Jaccoud, d'Onimus et d'Althaus nous détermina à essayer, en fin de compte, les courants continus sur la petite malade dont nous avons raconté l'histoire au début de cette monographie. Leur emploi fut, ainsi que nous l'avons dit, extrêmement prolongé et c'est précisément à la persévérance et à la docilité exceptionnelle du sujet que nous avons dû d'obtenir un résultat des plus remarquables. Les différents moyens que nous avions préalablement mis en pratique avaient été absolument inefficaces et la malheureuse malade semblait condamnée à la privation définitive de l'usage de tous ses membres.

L'action des courants sur la colonne vertébrale et sur les articulations malades eut pour résultat de dissoudre, pour ainsi dire, les nodosités, de modifier

1 *Loc. cit.*, p. 747.

2 Herbert Tibbitts. — *A. Handbook of Médical and Surgical Electricity.* Second Edition. London, 1877, p. 217.

favorablement les déformations et de combattre les contractures et l'atrophie commençante des muscles. Nous sommes donc en droit d'attribuer la guérison de notre petite malade à ce précieux agent thérapeutique.

La galvanisation, aussi bien que l'électrothérapie en général, est encore loin d'avoir acquis son droit de cité parmi nous, et un des principaux obstacles à sa vulgarisation dans la pratique médicale paraît être la répugnance que les malades ont pour cette médication, à laquelle ils attribuent des dangers et des souffrances imaginaires.

Quand les muscles ont subi un commencement d'atrophie et qu'il se manifeste déjà un certain degré de paralysie, nous croyons utile de faire passer alternativement, ainsi que nous l'avons fait chez notre malade, des courants continus et des courants induits dans les muscles compromis.

En présence du remarquable succès que nous avons obtenu et qui vient s'ajouter à ceux des auteurs précédemment cités, nous n'hésitons pas à recommander l'emploi de cette médication dans des cas semblables.

Note du Traducteur. — Nous croyons devoir mentionner ici l'emploi qui a été fait, par certains médecins, de l'*électricité statique* dans le traitement des affections rhumatismales. Le docteur A. Arthuis, dans un livre paru en 1877, émet l'affirmation suivante : « Les affections rhumatismales sont essentiellement du domaine de l'*électrothérapie statique*. Il est extrêmement rare qu'elles résistent longtemps à cette médication. Chaque jour, il nous arrive d'obtenir des guérisons complètes de rhumatismes aussi *anciens* que rebelles à tous les autres traitements. Nous

nous contenterons d'en rapporter quelques observations. » (*Traitement des maladies nerveuses et des affections rhumatismales, par l'électricité statique*, par le docteur A. Arthuis. Paris, 1877, p. 106.)

Parmi les huit observations de rhumatisme rapportées par cet auteur, aucune, malheureusement, n'est relative au rhumatisme noueux.

Quoiqu'il en soit, nous n'avons pas hésité à citer le fait, parce que l'électricité statique, étant loin d'être dénuée de toute vertu thérapeutique, ainsi que le croyait Duchenne (de Boulogne), pourrait peut-être donner, elle aussi, dans ce cas, quelques bons résultats.

Le professeur J. Russel Reynolds, dans ses *Leçons de clinique sur l'électrothérapie*, a étudié avec beaucoup de soin les effets physiologiques et les résultats thérapeutiques de l'électricité statique. Il résulte de ses observations : « que dans les cas d'*atrophie musculaire* ou d'*inactivité morbide*, la nutrition des muscles et leurs fonctions peuvent être rétablies par une forme quelconque d'électricité, dynamique ou *statique*, qui remettra en action le muscle atteint « que l'*hyperactivité des muscles*, comme la contracture musculaire, peut être diminuée par l'emploi de l'*électricité statique*;

» Que l'électricité statique enfin donne de très bons résultats dans toutes les paralysies. On dirige des étincelles sur la partie affectée. »

(*Leçons cliniques sur l'électrothérapie*, par le professeur J. Russel Reynolds, membre du Collége Royal des médecins; professeur de pathologie interne; examinateur pour la médecine à l'Université de Londres, médecin de l'hôpital de l'*University College*.) (Extrait de la *France médicale*, 1875.)

Enfin, le docteur A. Tripier (de Paris) dont on connaît la compétence et les remarquables travaux en électrothérapie, est d'avis que les machines électro-statiques ont été abandonnées à tort dans la pratique des électrisations *continue* et *oscillante*. (*Électrologie médicale; précis instrumental*. Paris, 1879, p. 14.)

Médication tonique. — L'emploi de l'électricité n'est pas un obstacle à l'administration simultanée des médicaments susceptibles d'améliorer la nutrition générale. Tout au contraire, comme le fait remarquer Althaus, l'électricité fait mieux tolérer à l'estomac ces médicaments. L'huile de foie de morue, le quinquina, la gentiane, le houblon, le fer et en particulier l'iodure de fer conviennent parfaitement dans ce cas. Quand le malade sera condamné depuis longtemps à l'immobilité et qu'il ne lui sera pas possible de prendre aucun exercice en plein air, on pourra avoir recours aux inhalations d'oxygène qui sont encore à peine usitées à Rio, et qui cependant sont susceptibles de rendre, dans ces cas, de signalés services.

Massage. — Lorsque l'électricité commencera à produire quelque amélioration et que les membres rétractés et contracturés auront recouvré un certain degré de mobilité, on pourra employer avec avantage, comme nous l'avons fait nous-même, pour hâter la guérison, le massage méthodiquement exercé. Des mouvements alternatifs de flexion et d'extension, des frictions sèches et répétées, contribueront à détruire les fausses ankyloses et à corriger les attitudes vicieuses des membres.

En fin de compte et dans le cas où le massage ne produirait aucun bon résultat, nous n'hésitons pas à conseiller le procédé suivi par Bonnet (de Lyon) dans le traitement des déformations consécutives à la coxalgie [1]. Ce procédé consiste, ainsi qu'on le sait,

[1] *Nouvelles méthodes de traitement des maladies articulaires,* par A. Bonnet, 3me édition, Paris, 1860.

dans le *redressement* du membre vicieusement infléchi, soit d'une manière brusque en rompant d'un seul coup toutes les adhérences, soit d'une manière lente et progressive au moyen d'un appareil approprié. Ce procédé, toutefois, ne doit être employé que comme un complément ultime du traitement antirhumatismal. Chez les enfants, en particulier, le redressement pratiqué selon la méthode de Bonnet est un excellent moyen pour compléter la guérison et pour faire disparaître jusqu'aux dernières traces de la maladie.

APPENDICE

Ce travail était déjà terminé lorsque le docteur Dally a communiqué à la *Société thérapeutique de Paris*, dans la séance du 13 juin 1877, un cas de rhumatisme noueux observé par lui sur un petit garçon et traité avec succès par les courants continus. Afin de rendre notre étude plus complète, nous avons cru devoir reproduire ici le résumé de cette communication et de la discussion à laquelle elle a donné lieu. Ce résumé a été publié par la *Gazette hebdomadaire*[1].

Séance du 13 juin 1877 : « Le docteur Dally communique une observation relative à un petit garçon atteint de rhumatisme noueux et chez lequel il a employé avec le plus grand succès les douches, les manipulations et les courants continus. Le traitement durait quatre heures chaque jour. L'électricité a été surtout employée contre l'élément atrophie musculaire.

M. Cadet Gassicourt fait observer à ce propos que le rhumatisme est beaucoup moins rare chez l'enfant qu'on ne le croit généralement. »

[1] *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.* Paris, 1877, p. 444.

Séance du 27 juin : « M. Dally présente le petit malade dont il a parlé dans la précédente séance. Les doigts sont *en griffes* et caractéristiques ; les articulations phalangiennes sont en outre le siége de petites concrétions tophacées, dont quelques-unes se sont déjà éliminées.

M. Blache regarde le rhumatisme noueux de l'enfance comme rare sans doute, mais moins qu'on ne croit. Il est vrai toutefois que M. Roger, dont l'expérience est cependant grande, n'en a jamais vu. M. Blache en a vu un cas chez un enfant de deux ans, qui a guéri par le massage, les bains et l'électricité. »

Cette petite discussion ne contredit aucunement les résultats de l'étude à laquelle nous nous sommes livré. Elle vient au contraire à l'appui de nos conclusions, en nous révélant l'existence de deux nouveaux cas bien avérés de rhumatisme noueux, guéris par l'électricité.

Note du Traducteur. — Aucun cas nouveau de rhumatisme noueux, chez l'enfant, n'a été mentionné depuis cette époque, à notre connaissance du moins, dans les comptes-rendus des Sociétés savantes. Nous avons parcouru avec soin les volumes de 1878 et de 1879 de la *Gazette hebdomadaire*, de la *Gazette des Hôpitaux*, des *Archives générales de médecine* et de la *Revue internationale des sciences médicales* d'Hayem, qui est certainement le recueil médical le plus complet que nous possédions, et nous n'y avons rien trouvé à cet égard.

La clinique médicale de l'Hôpital de la Charité, par Vulpian, ouvrage paru en 1879, contient vingt-quatre cas de rhumatisme traités à la clinique, pendant l'année 1878. Sur ces vingt-quatre cas il en est un qui est relatif à une jeune fille de seize ans, atteinte de rhumatisme articulaire chronique, avec déformations des doigts.

Note sur la fréquence du rhumatisme et de ses différentes formes dans les hôpitaux et hospices civils de Bordeaux,

Par le docteur E. MAURIAC.

Les renseignements qui suivent sont empruntés aux statistiques officielles rédigées par MM. les médecins des hôpitaux et insérées dans les comptes-rendus annuels de l'Administration des hospices civils. Ils comprennent une période de sept années (de 1872 à 1878 inclusivement) et sont, par conséquent, de nature à donner une idée approximative de la fréquence du rhumatisme dans les hôpitaux de Bordeaux. Nous aurions voulu pouvoir mettre en regard de la statistique des hôpitaux la statistique des cas de rhumatisme observés en ville pendant la même période, mais cela n'a pas été possible. On ne possède sur les maladies observées en ville d'autres renseignements que ceux qui sont fournis par les bulletins mensuels des décès, publiés par l'Administration municipale et rédigés par les médecins de l'État-civil.

Or, ces bulletins ne mentionnent jamais ou presque jamais le rhumatisme comme cause de décès, et les

diagnostics qu'ils portent n'étant pas le plus souvent contrôlés par les médecins traitants, sont d'une exactitude contestable.

D'ailleurs, en admettant la parfaite exactitude de ces bulletins, ils ne peuvent que nous renseigner sur la mortalité des maladies observées en ville, et non point sur la fréquence même de ces maladies.

Force nous est donc, pour apprécier le degré de fréquence de rhumatisme à Bordeaux, de nous en tenir aux statistiques des hôpitaux, qui laissent elles-mêmes beaucoup à désirer.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ

Tableau n° 1

Indiquant le nombre des malades traités dans les divers services de médecine, *ainsi que le nombre des cas de rhumatisme observés pendant une période de sept années.*

ANNÉES	NOMBRE des malades traités.	NOMBRE des cas de rhumatisme.
1872	4.910	252
1873	4.961	342
1874	4.764	252
1875	4.739	182
1876	5.396	293
1877	6.102	211
1878	5.822	258
Totaux	36.694	1.790

Ainsi, sur un total de 36,694 malades traités pendant une période de sept ans dans les services de

médecine, on compte 1790 cas de rhumatisme aigu ou chronique.

Tableau n° 2

Donnant la répartition, par année, des différentes formes de rhumatisme observées.

ANNÉES	RHUMATISME articulaire aigu.	RHUMATISME chronique.	RHUMATISME musculaire.
1872	151	41	60
1873	184	97	61
1874	159	64	27
1875	122	33	24
1876	57	213 ?	21
1877	107	80	23
1878	173	77	8
Totaux	953	605	224

Le rhumatisme noueux n'a été noté que huit fois en sept ans et sur un total de 1798 rhumatisants. (Trois fois chez la femme et cinq fois chez l'homme). Il est plus que probable que ce chiffre est de beaucoup au-dessous de la réalité. On a dû, en effet, ranger sous la dénomination de rhumatisme chronique un grand nombre de cas de rhumatisme noueux. Quoi qu'il en soit, cette prédominance de l'affection chez l'homme est à remarquer, car le rhumatisme noueux est d'ordinaire incomparablement plus fréquent chez les femmes (Trastour, Vidal, Charcot).

Si l'on en croit les bulletins statistiques, ces 1798 cas de rhumatisme n'on donné lieu qu'à 16 décès, dont 13 ont été occasionnés par le rhumatisme articulaire aigu et 3 par le rhumatisme chronique.

Tableau n° 3

Donnant la répartition, par année et par sexe, du rhumatisme en général.

ANNÉES	HOMMES	FEMMES
1872	174	78
1873	261	81
1874	161	91
1875	126	58
1876	211	78
1877	154	57
1878	166	92
Totaux	1.253	535

Il résulte de ce tableau que la fréquence des affections rhumatismales à Bordeaux est plus de deux fois plus considérable chez les hommes que chez les femmes.

Tableau n° 4

Donnant la répartition, par année et par sexe, des différentes formes du rhumatisme.

ANNÉES	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU		RHUMATISME CHRONIQUE		RHUMATISME MUSCULAIRE	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1872	98	53	30	11	46	14
1873	141	43	85	12	35	26
1874	100	59	35	29	25	2
1875	89	33	20	15	14	10
1876	41	19	156	50	13	8
1877	75	32	59	21	20	3
1878	113	60	50	27	3	5
Totaux	657	299	435	165	156	68

« Les hommes, dit Charcot (*Maladies des vieillards*, p. 225), sont plus sujets que les femmes au rhumatisme articulaire aigu. Cependant il n'existe pas, sous ce rapport, une différence bien prononcée. » Le tableau ci-dessus prouve que cette différence est, à Bordeaux du moins, beaucoup plus accentuée que ne le pense M. Charcot, puisque le rhumatisme articulaire aigu a été, pendant cette période de sept ans, plus de deux fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Il en est de même du rhumatisme chronique et du rhumatisme musculaire dont la prédominance dans le sexe masculin est encore plus marquée.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS

Il ne nous a pas été possible de faire pour l'Hospice des Enfants-Assistés ce que nous avons fait pour l'Hôpital Saint-André. Les statistiques médicales de cet hospice sont tellement incomplètes qu'elles n'ont aucune valeur scientifique. On n'y trouve aucune indication concernant l'âge et le sexe des malades. Voici néanmoins ce que nous avons relevé, relativement au rhumatisme, dans les *Comptes-rendus* de 1872 à 1878 :

Il a été traité, pendant cette période, à l'infirmerie (service de médecine), 1988 enfants malades. Sur ce nombre, on compte seulement 13 cas de rhumatisme (12 cas de rhumatisme articulaire aigu et 1 cas de rhumatisme noueux, sans indication d'âge ni de sexe). Les 12 cas de rhumatisme articulaire aigu ont donné lieu à 2 décès.

Qu'on nous pardonne maintenant une petite digression.

Nous avons été frappé, en parcourant ces statistiques de l'hospice des Enfants-Assistés, de l'*épouvantable* mortalité qui règne dans cet établissement. Sur les 1988 malades qui ont été traités par les médecins, pendant cette période de sept ans, *758 sont morts!!* Cela revient à dire que plus du tiers des enfants qui y reçoivent des soins y meurent.

Les causes de cette excessive mortalité sont parfaitement connues. Ce sont la misère physiologique de la plupart des petits malades et l'encombrement, qui donne lieu à la propagation facile, pour ne pas dire fatale, des maladies contagieuses multiples qui règnent à peu près constamment dans cet hospice. Citons un exemple, entre mille. Nons le trouvons dans le *Compte-rendu médical* de l'année 1875, par M. le docteur Riquard. « Trois enfants furent atteints successivement de la diphthérie et moururent. D'autres enfants de la même salle atteints d'eczéma de la face virent leur maladie se compliquer de diphthérie et furent dès lors également frappés de mort. Pendant quelque temps, le médecin ne pouvait se permettre de faire poser un vésicatoire sans le voir se couvrir de fausses membranes. » Sur les 260 malades traités, cette année-là, à l'hospice, 55 seulement étaient venus du dehors. Tous les autres, (c'est-à-dire 205) avaient contracté leur maladie dans l'intérieur de l'établissement. Peut-on imaginer des conditions d'insalubrité plus détestables que celles qui se trouvent réunies dans cet hospice ? Et n'est-on pas autorisé plus que jamais, en présence de ces véritables hécatombes annuelles d'enfants, à procla-

mer avec le savant professeur Bouchardat, *qu'il faut tout faire pour retenir, par des secours donnés à propos, les enfants pauvres au domicile de leurs parents?*

Comment pourrions-nous approuver, dans de telles conditions, la mesure prise par l'Administration des hospices et qui tend à augmenter le nombre des petits malades — nous allions dire des victimes — de cet établissement? Mieux vaudrait, à notre avis, chercher à en restreindre le nombre et n'y admettre que les enfants trouvés ou abandonnés.

Revenons, après cette courte digression, à notre statistique du rhumatisme.

HOSPICE DES VIEILLARDS (260 lits).

Les comptes-rendus médicaux de cet hospice ne contiennent pas les éléments nécessaires pour faire une statistique du rhumatisme. Nous ne pouvons que le regretter.

HOSPICE DES INCURABLES

Jusqu'à l'année 1878, aucune statistique médicale sérieuse n'a été faite dans cet établissement. M. le docteur Solles, médecin actuel de l'hospice, est le premier médecin qui ait eu le soin d'en faire une et nous devons d'autant plus l'en féliciter qu'il s'en est acquitté très consciencieusement. Son rapport médical de l'année 1878 devrait servir de modèle aux rap-

porteurs des autres hospices. Nous en extrayons les renseignements suivants relatifs au rhumatisme :

L'Hospice des Incurables comptait, le 1er janvier 1879, 124 présents, dont 54 hommes et 70 femmes. Sur ce nombre, 13 malades étaient atteints de rhumatisme chronique (5 hommes et 8 femmes). Voici les diagnostics précis donnés par M. Solles :

Hommes. — 2 sont atteints de rhumatisme noueux des petites articulations avec ankylose d'un genou ; et 3 de rhumatisme chronique sans déformation.

Femmes. — 3 sont atteintes de rhumatisme chronique des deux genoux et des petites articulations avec déformations et hydarthroses; 3 de rhumatisme chronique des grandes et des petites articulations sans déformations.

Ici, comme dans tous les hospices de vieillards, le rhumatisme chronique noueux prédomine chez la femme.

Nous terminerons cette note par un vœu adressé à nos confrères des hôpitaux et du Bureau de bienfaisance. Dans l'intérêt de la science, nous les supplions de dresser à l'avenir d'une manière aussi complète et aussi exacte que possible la statistique de leurs malades.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(Les travaux sont classés par ordre chronologique.)

Gautier-Harris. — Traité des maladies aiguës des enfants. Paris, 1738.

Brouzet. — Essai sur l'éducation médicale des enfants, et sur leurs maladies. Paris, 1754.

Van Swieten — Traité des maladies des enfants, traduit du latin des aphorismes de Boerhave, commentés par M. le baron de Van Swieten, par M. Paul Avignon, 1759.

Sauvage. — Nosologie, Paris, 1771.

Rosen. — Traité des maladies des enfants, traduit du suédois par M. Le Febvre de Villebrune. Paris, 1778.

Chambon. — Des maladies des enfants. Paris, an VI.

Landré-Beauvais. — Doit-on admettre une nouvelle espèce de goutte sous la dénomination de goutte asthénique primitive ? Th. de Paris, an VIII.

Hume. — Observations on the origin and treatment of internal and external diseases of children. Dublin, 1802.

Bardsley. — Medical Reports. London, 1807.

Kellie. — Edinb. med. and Surg. Journ., 1808.

Armstrong. — An account of the diseases incident to children. London, 1808.

Capuron. — Traité des maladies des enfants jusqu'à la puberté. Paris, 1820.

Hamilton. — Hints for the treatment of the principal diseases of infancy and childood. Edinburgh, 1824.

Denis. — Recherches d'anatomie et de physiologie sur plusieurs maladies des enfants. Commercy, 1826.

Montault. — Observations sur l'emploi de l'iode dans le traitement de la goutte et du rhumatisme; In Journal général de médecine, t. CVII, 1829.

Mitchell. — American Journal of the Medical Sc. V. III, 1831, p. 53.

Baudelocque. — Gazette médicale de Paris, 2me série, t. X, 1834, p. 103.

Boston. — Traité des maladies des enfants. Paris, 1837.

Valleix. — Clinique des maladies des enfants. Paris, 1839.

Richard (de Nancy). — Traité pratique des maladies des enfants. Paris, 1839.

V. Stœber. — La clinique des maladies des enfants à la Faculté de Strasbourg. 1841.

Vanier. — La clinique des hôpitaux des enfants, rédigée et publiée par le docteur Vanier, du Havre, 1841-1842.

Becquerel. — Traité théorique et pratique des maladies des enfants. Paris, 1842

J.-P. Frank. — Traité de médecine pratique, traduit du latin par J.-M.-C. Coudereau. Paris, 1842, t. II, p. 597.

Froriep. — Die rheumatische Schwiele. Berlin, 1843, p. 35.

Forget. — Bulletin général de thérapeutique. Paris, t. XXV, 1843, p. 1.

Hughes. — London medical. Gaz. nov. 1844.

Bonnet *(de Lyon).* — Traité des maladies des articulations, t. I, Paris, 1845, p. 528.

Legendre. — Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur quelques maladies de l'enfance. Paris, 1846.

Todd. — Medical Gaz., dec. 25, 1846.

Fabre. — Bibliothèque du médecin praticien (Maladies des enfants). Paris, 1847.

Massart. — Iodure de potassium contre le rhumatisme chronique. In Bulletin de l'Académie de médecine de Paris, 1850-1851. t. XVI.

Jules Guérin. — Essai sur la méthode stibio-dermique. Mémoire lu à l'Académie de médecine de Belgique, séance du 22 Juillet. (Gazette médicale de Paris, 1851).

Rilliet et Barthez. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants. Paris, 1853.

Richardson. — Lancet, 1854, t. I, p. 138.

E. Bertherand. — Médecine et hygiène des Arabes. Paris, 1855.

Delioux de Savignac. — De l'iode dans le traitement du rhumatisme, de la goutte, des crampes et des contractures. In Bulletin général de thérapeutique, t. XLIX. Paris, 1855.

Underwood. — Treatise on the diseases of children, 10 th ed. with additions by H. Davies. London, 1856.

Baierlacher. — Die Induction's-Elektricitat. Nurnberg, 1857, p. 218.

Begbie. — Edinb. med. and Surg. Journ., 1858.

Béhier et Hardy. — Traité élémentaire de pathologie interne. Paris, t. I, 2me éd., 1859, p. 216.

Boudin. — Traité de géographie et de statistique médicales, etc. Paris, 1959.

Remak. — Galvanothérapie, traduction française de Morpain. Paris, 1860, p. 324.

Guéneau de Mussy. — De l'emploi des bains à l'arséniate de soude contre le rhumatisme noueux. (Gazette des hôpitaux. Août, 1861).

— Du traitement du rhumatisme noueux par les bains arsénicaux. (Bulletin général de thérapeutique. Septembre 1863).

— Leçons sur le rhumatisme chronique. (Gazette des hôpitaux. Janvier et février, 1873).

Barrier. — Traité pratique des maladies de l'enfance. Paris, 3me éd., 1861.

Roccas. — Traité pratique des bains de mer, 2me éd., Paris, 1862, p. 163.

Beau. — Traitement de l'arthrite noueuse par l'acide arsénieux à l'intérieur. (Gazette des hôpitaux de Paris. Juillet, 1864).

Richard. — Essai de topographie médicale de la Cochinchine française. In Archives de méd. nav., t. I, Paris, 1864.

Jourdanet. — Le Mexique et l'Amérique tropicale. Paris, 1864.

Duplouy. — Contribution à la géographie médicale. In Arch. de méd. nav., t. II, Paris, 1864.

Claisse. — Du rhumatisme articulaire aigu chez les enfants. Th. de Paris, 1864.

Chassaniol. — Contribution à la pathologie de la race nègre. In Archives de médecine navale, t. III, 1865.

Monneret. — Traité élémentaire de pathologie interne. Paris, 1865, t. II, p. 427.

Grisolle. — Traité de pathologie interne, 1865, 9me éd., p. 1004.

Dutrouleau. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, t. V, 1866, art. — Antilles.

Fleury. — Traité thérapeutique et clinique d'hydrothérapie, 3me éd., Paris, 1866, p. 1067.

Macario. — Du rhumatisme et de la diathèse rhumatismale. Paris, 1867, 2me éd.

Garrod. — La goutte, sa nature, son traitement et le rhumatisme goutteux, traduction française. Paris, 1867.

Saint-Vel. — Traité des maladies des régions intertropicales, Paris, 1868.

Roger. — Archives générales de médecine, 1868.

Bilroth. — Élém. de path. chir. génér., trad. franç. Paris, 1868.

Benj. Bell. — On diseases of the Joints connected with Locomotor Ataxy (Med. Tim. and Gaz., oct., 31, 1868).

Trousseau. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, Paris, 1868.

Trousseau et Pidoux. — Traité de thérapeutique, 3me éd., Paris, 1868, p. 353.

Charcot. — Leçons sur les maladies des vieillards, Paris, 1868.

Durand-Fardel. — Traité pratique des maladies chroniques, t. I, Paris, 1868, p. 404.

Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie pathologique. Paris, 1869.

Giraldès. — Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants. Paris, 1869.

Charcot. — Sur quelques arthropathies qui paraissent dépendre d'une lésion du cerveau et de la moelle épinière. (Archives de physiologie, t. I, Janv. 1869).

Chéron. — Gazette des hôpitaux. Paris, 1869.

Blache. — Essai sur les maladies du cœur chez les enfants. Th. de Paris, 1869.

Lavisson. — Chronologie des maladies de la ville de Saint-Pierre (Martinique), de l'année 1831 à l'année 1856. In Archives de médecine navale. T. XII, 1869.

Niemayer. — Éléments de pathologie interne et de thérapeutique, traduit rev. et ann. par M. V. Cornil. Paris, 1869, 2me éd., t. II, p. 477.

Steffen. — Jahrbuch fur kinderk., 1870.

Fuller. — On rhumathism, etc. Third ed. London, 1870.

Barão de Lavradio. — Da mortalidade da cidade do Rio de Janeiro, e em particular da das crianças. In-Relatorio da Junta Central de Hygiène Publica. Rio de Janeiro, 1870.

Churchill. — Diseases of children, 3d. ed., Dublin, 1870.

Galligo. — Igiene e Malattie dei Bambini. Seconda edizione postuma. Firenze, 1871.

Jaccoud. — Traité de pathologie interne, t. II, Paris, 1871, p. 562.

Vogel. — Traité élémentaire des maladies de l'enfance, traduit par Culman et Senget. Paris, 1872.

Pioot. — Du rhumatisme aigu et de ses diverses manifestations chez les enfants. Paris, 1872.

Duchenne (*de Boulogne*).—De l'électrisation localisée, 3me éd., Paris, 1872.

Gustave Lelorain. — Recherches pour servir principalement à l'histoire des courants continus. Th. de Paris, 1872.

E. Onimus et Ch. Legros. — Traité d'électricité médicale. Paris, 1872.

Althaus. — On the treatment of rhumatic gout by the aid of the constant galvanic currant. (Brit. Med. Journ., 29 Septembre 1872).

— Treatise of Medical Electricity theorical and practical. Third ed., London, 1873.

J. Steiner. — Compendium of children's diseases. Transl. from the 2d Germ ed. by Lawson Tait. London, 1874.

Meigs e Pepper. — A practical treatise of the diseases of children. London 1874. Tifth edition.

Nonat. — Traité théorique et pratique de la chlorose, avec une étude spéciale sur la chlorose des enfants. Paris, 1874.

Parrot. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, t. VII, Paris, 1874, art. — Chlorose.

G. Tiraut. — Notes médicales recueillies en Tunisie (Lyon Medical, n° 13, t. XVI, 21 juin 1874).

Lasègue. — Archives générales de médecine. Paris, Novembre 1874.

C. West. — Leçons sur les maladies des enfants. Traduites par le Dr Archambault. Paris, 1875.

Bouchut. – Traité pratique des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle et de la seconde enfance. 6me éd., Paris, 1875.

Bouchut. — Recherches anatomiques et cliniques sur l'endocardite végétante et ulcéreuse des maladies aiguës fébriles chez les enfants. Paris, 1875.

Lewis Smith. — A treatise of infancy and childood. Third ed. London, 1876.

D'Espine et Picot. — Manuel pratique des maladies de l'enfance. Paris, 1877.

Chevalier. — De l'endocardite rhumatismale chez l'enfant. Th. de Paris, 1877.

F. Bourse. — Contribution à la géographie médicale (Australie-Sydney) in-Arch. de médecine navale, t. II, Paris, 1877.

Germain Sée. — Études sur l'acide salicylique et les salicylates, etc. (Bulletin de l'Académie de médecine de Paris, t. V, 3me série, 1877).

Jaccoud. — Communication à l'Académie de médecine. (Bulletin de l'Académie de médecine de Paris, t. V, 3me série, 1877, p. 829).

Herbert Tibbits. — A Handbook of Medical and Surgical Electricity. Second ed., London, 1877.

Ernest Besnier. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, t. IV, 1877, art. Rhumatisme.

Rosenthal. — Traité clinique des maladies du système nerveux, traduction française, Paris. 1878.

Ernest Lavieille. — Du rhumatisme articulaire aigu chez les enfants et de son traitement par le salicylate de soude. Thèse de Paris, 1879.

Masse. — — De l'influence du mouvement sur les articulations. In Bulletin de thérapeutique, 30 septembre 1879.

Valtat. — Des attitudes vicieuses dans les maladies des articulations. In Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, p. 290, 1879.

Trastour. — Rhumatisme articulaire chronique progressif : sa guérison possible. A quelles conditions? Travail communiqué à la Société de médecine de Nantes (Séance du 7 Novembre 1879) et publié dans le Journal de médecine de l'Ouest, quatrième trimestre, 1879, p. 261. Ce travail contient cinq observations de rhumatisme articulaire chronique progressif, relatives à des femmes, dont la moins âgée a dépassé la quarantaine. Il n'y est pas question du rhumatisme chronique des enfants. M. Trastour préconise comme traitement du rhumatisme chronique progressif, lui ayant parfaitement réussi dans ces cinq cas, l'emploi longtemps continué des solutions iodées-iodurées, imitées de celles de Lugol et le mouvement graduel, l'exercice modéré, mais continuel, de tout l'appareil moteur qui se trouve compromis et menacé par la maladie. Il faut, selon lui, remuer malgré la douleur; la guérison est à ce prix. La formule de la solution iodo-iodurée qu'il emploie le plus ordinairement est la suivante : iode, 1 gramme; iodure de potassium, 10 grammes; eau distillée, 300 grammes : f. s. a. Une cuillerée à café (cuiller de fer) dans un demi-verre d'eau rougie, aux trois repas.

Deseille. — De la médication salicylée dans le rhumatisme chez les enfants. — Thèse de Paris, 1880.

Max Durand-Fardel. — Étude critique de l'étiologie de l'arthrite noueuse. In Journal des connaissances médicales, février et avril 1880.

TABLE DES MATIÈRES

		Pages
PRÉFACE DU TRADUCTEUR		5
INTRODUCTION		9
CHAPITRE I....	— Observation personnelle	11
CHAPITRE II ...	— Historique	25
CHAPITRE III...	— Conditions étiologiques	42
	Sexe	42
	Hérédité	44
	Maladies constitutionnelles	46
	Misère et mauvaise alimentation	47
	Froid	49
	États morbides divers	50
CHAPITRE IV...	— Géographie médicale	53
CHAPITRE V...	— I. Symptomatologie	56
	II. Localisations viscérales : péricardite et endocardite	65
CHAPITRE VI ..	— Anatomie pathologique	74
CHAPITRE VII..	— Diagnostic	80
CHAPITRE VIII.	— Pronostic	89
CHAPITRE IX..	— Traitement	90
	Médication iodée	91
	Préparations arsenicales	96

Pages

CHAPITRE IX.. — Alcalins 99
Gaïac 101
Médication salicylée.... 101
Médication topique..... 105
Médication balnéaire 108
Médication thermo-résineuse et bains de vapeur térébenthinés 113
Courants continus et courants induits.. 119
Électricité statique... 125
Médication tonique..... 127
Massage 127

APPENDICE..... 129

Note sur la fréquence du rhumatisme et de ses différentes formes dans les hôpitaux et hospices civils de Bordeaux. 131

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE..... 140

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. Bellier, 16, rue Cabirol.

Publications du Dr E. MAURIAC

Étude historique et critique sur les mal dies épidémiques de l'antiquité. Paris, 1872. Brochure in-8° de 102 pages. (Travail récompensé par la Faculté de Médecine de Paris et par l'Académie des Sciences de Bordeaux (médaille d'argent).

Contribution à l'étude du traitement du rhumatisme articulaire aigu par la propylamine et le chlorhydrate de triméthylamine. Bordeaux, 1874. (In *Mémoires et Bulletins de la Société de Médecine et de Chirurgie*).

Note sur un cas d'empoisonnement par le cyanure de potassium. Bordeaux, 1874. (*Ibid*).

Étude médico-psychologique sur un cas d'extase mystique, observé à Fontet (Gironde), en collaboration avec le Dr Verdalle. Broch. in-8° de 74 pages. Paris, 1875. Germer-Baillière, éditeur.

Notes cliniques : 1° Sur un cas d'urémie à forme cérébrale ayant déterminé la mort en vingt-deux heures et consécutive à une néphrite albumineuse latente; 2° Sur un cas de paralysie des nerfs du plexus brachial, résultant de l'usage des béquilles. Bordeaux, 1876. Broch. in-8°.

Note sur un cas d'empoisonnement par l'acide nitrique. Bordeaux, 1876. (In *Mémoires et Bulletins*).

Notes cliniques sur deux cas de trachéotomie par le thermocautère. Broch. in-8°. Bordeaux, 1877. Féret et fils, éditeurs.

Notes sur un cas de rhumatisme blennorrhagique traité sans succès par le salicylate de soude et guéri par le chlorhydrate de triméthylamine. In *Mémoires et Bulletins*, 1878, 1er fascicule.

La Propylamine, la Triméthylamine et leurs sels, étudiés au point de vue thérapeutique et pharmacologique, par le professeur Alvarenga (de Lisbonne). Traduit du portugais par le Dr E. Mauriac, Broch. in-8° de 134 pages, avec 32 tableaux. Paris, 1879. Octave Doin, éditeur, et à Bordeaux chez Féret et fils.

Note sur l'action physiologique et thérapeutique de la « carica papaya », par le Dr Moncorvo, Membre de l'Académie impériale de Médecine de Rio-de-Janeiro. Traduit du portugais par le Dr E. Mauriac. Broch. in-8°. Bordeaux, 1880. G. Gounouilhou éditeur.

Contribution à l'étude de la syphilis cérébrale. Broch. in-8°. Bordeaux, 1880.

Bordeaux. — Imp. Nouvelle A. Bellier, 16, rue Cabirol.